

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

CINQ CAS DE LARYNGOSTOMIE

Par **SIEUR** et **ROUVILLOIS**, du Val-de-Grâce.

Ayant eu l'occasion de soigner depuis quatre ans, à la clinique laryngologique du Val-de-Grâce, cinq malades atteints de rétrécissement du larynx et les ayant tous traités par la *laryngostomie*, nous nous croyons autorisés à tirer de ce fait quelques données pratiques relatives à l'exécution et aux suites éloignées de cette opération.

Voici d'abord les observations de nos cinq opérés, parmi lesquels : quatre étaient atteints de *laryngotyphus* et un de *traumatisme du larynx*.

OBSERVATION I. — Le premier en date est le sergent S...

Le 17 septembre 1903, il entra à l'hôpital de Narbonne pour une fièvre typhoïde. Pendant sa convalescence, surviennent du côté du larynx des accidents inflammatoires qui obligent à pratiquer d'urgence la trachéotomie, le 22 octobre 1903.

Pendant près d'un an, le malade expectore des crachats purulents au milieu desquels on constate, à diverses reprises, des fragments de cartilage nécrosé.

A noter que le malade n'a pas eu de syphilis et qu'il n'existe chez lui aucun signe d'une lésion tuberculeuse.

Évacué sur le Val-de-Grâce, à la date du 17 février 1907, soit seize mois environ après le début de ses accidents laryngés, on trouve une sténose laryngée telle qu'il est difficile d'enfoncer dans le larynx un stylet boutonné. Néanmoins, après une anesthésie cocaïnique soigneuse, il est facile de se rendre compte que l'espace interaryténoidien et la glotte ont encore un diamètre suffisant pour admettre un béniqué ayant le volume d'un porte-plume, mais l'instrument est arrêté par une sorte d'écran élastique siégeant au niveau

du cartilage cricoïde et par suite immédiatement au-dessus de la canule trachéale.

L'exploration, faite par la trachée à l'aide d'un fin béniqué ou d'une sonde conductrice d'un très petit calibre, confirme les renseignements fournis par la laryngoscopie. Au cours de cet examen, on réussit même à introduire de bas en haut une fine sonde conductrice, qui peut être saisie par la bouche et conservée une demi-heure par le malade. Mais par la suite, il fut impossible de retrouver le trajet.

La suppuration du larynx étant encore abondante, on dut se borner à un traitement médical avant de faire des tentatives de dilatation. Ces dernières ne furent commencées qu'en mai, et furent faites à l'aide des tubes servant au tubage du larynx. Très rapidement, on put ainsi arriver à introduire par la partie supérieure du arynx toute la série des tubes, mais sans pouvoir leur faire franchir la région cricoïdienne. C'est alors que je priai le Docteur Sargnon de venir me prêter son concours éclairé pour pratiquer la aryngostomie avec dilatation caoutchoutée.

Le 20 juillet 1907, anesthésie dans la position de Rose : Incision verticale et médiane des parties molles du cou, allant depuis la partie supérieure du cartilage thyroïde jusqu'à l'orifice de la canule. Hémostase faite avec le plus grand soin. Chemin faisant, on constate les traces d'une ancienne *infiltration inflammatoire périlaryngée*.

Les cartilages cricoïde et thyroïde sont très durs, presque calcifiés et on a beaucoup de peine à les inciser. Après les avoir sectionnés sur la ligne médiane et écartés latéralement, on constate qu'il n'existe pas, à l'intérieur du larynx, de néoformation exubérante, mais un rétrécissement très serré au niveau de l'anneau cricoïdien. Par contre, la partie supérieure du larynx est libre, ainsi que le laissaient supposer les précédentes tentatives de dilatation.

Le tissu fibreux fendu d'avant en arrière jusqu'au contact du cricoïde, on place un drain de caoutchouc constitué par le fragment d'une sonde de Nélaton n° 14 et on bourre la plaie laryngée à l'aide d'une mèche imprégnée de vaseline au benjoin, au salol et à l'antipyrine.

Les suites immédiates, apyrétiques, ont été peu douloureuses. La réaction, produite par la présence du drain, d'abord très vive, s'est rapidement atténuée et en un mois, le calibre du drain passait du n° 15 au n° 30, sans aucune difficulté. De temps à autre, on touchait au crayon de nitrate d'argent les bourgeons muqueux exubérants, de façon à hâter leur affaissement et leur élimination.

A partir du n° 30, l'augmentation de calibre du drain a suivi une progression plus lente, surtout à cause de l'intolérance au niveau de la région cricoïdienne qui se traduisait par des douleurs et une certaine gêne de la déglutition. Nous avons même dû, à deux reprises, *revenir au drain précédent* pour faire cesser l'intolérance et éviter le sphacèle des tissus.

Au bout de six mois, le larynx est largement dilaté dans toute son étendue et nous ne pensons pas qu'il soit possible de lui donner un calibre supérieur à celui qu'il a atteint (drain n° 43, soit un diamètre de 13 millimètres).

Il reste à habituer progressivement l'opéré à se passer de drains et, si la dilatation se maintient, à lui fermer sa fissure cutanéolaryngée).

Ce n'est que neuf mois après la première opération que la fermeture de l'orifice cutané fut tentée.

On se contente de faire un simple avivement du pourtour de l'orifice et, après avoir libéré les lèvres de la plaie cutanée, on les rapproche par des fils en U, mais au moment de serrer le dernier point de suture, il se produit une telle crise de suffocation que l'on doit appliquer immédiatement une canule à trachéotomie.

Le lendemain, le calme étant revenu, on anesthésie le larynx et on place dans son intérieur un drain n° 40 maintenu par un fil de soie, sortant par l'angle inférieur de la plaie et celle-ci est fermée en totalité par-dessus le drain. Le septième jour, la réunion était parfaite, sauf au niveau du point par lequel sortait le fil qui retenait le drain; le fil sectionné, le drain est retiré par la bouche comme un tube ordinaire de tubage à l'aide de la pince pour corps étrangers.

Le surlendemain, l'opéré se plaignant d'une certaine gêne inspiratoire, le tube est remplacé et laissé en place quatre jours au bout desquels on le retire de nouveau. Tout alla bien jusqu'au cours de la troisième nuit, où le malade subitement réveillé par une crise de suffocation, s'introduisit une canule d'enfant qu'il avait eu la précaution de garder à portée de sa main. Depuis cette époque, il s'est refusé à toute tentative nouvelle destinée à fermer son orifice trachéal. Ce dernier est suffisant pour lui permettre d'introduire un tube n° 44 à l'aide duquel il respire sans difficulté.

L'ayant revu, il y a un mois, nous avons pu nous assurer que le calibre de son larynx est absolument normal. Sans tube, la respiration se fait avec la plus grande facilité, mais l'opéré qui n'est nullement gêné par sa présence et qui peut causer sans fatigue préfère le conserver en permanence. Son état général est d'ailleurs

parfait; il s'est marié il y a un an et remplit sans aucune difficulté un emploi de secrétaire dans une administration de l'État.

Nous reviendrons plus loin sur les causes de l'échec de la fermeture de la plaie laryngo-trachéale.

OBSERVATION II. — Le second malade, D..., est entré à l'hôpital de Châteauroux, le 23 octobre 1907, pour une fièvre typhoïde grave compliquée d'accidents buccopharyngés et laryngés qui nécessitent la trachéotomie d'urgence le 12 décembre 1907.

A dater de cette époque se montrent des signes manifestes de rétrécissement laryngé rendant impossible le retrait de la canule trachéale.

Évacué, le 28 mars 1908, sur le Val-de-Grâce, le malade est trouvé porteur des lésions suivantes :

La région aryénoïdienne est épaissie, infiltrée et déjetée de gauche à droite; les cordes vocales proprement dites, surtout la droite, sont également infiltrées, chevauchent l'une sur l'autre et sont déjetées de gauche à droite. Un stylet coudé, introduit dans le larynx, est arrêté au niveau de la glotte et ne peut descendre jusqu'au contact de la canule trachéale.

Quand on retire cette dernière, on voit se produire immédiatement une sorte d'aspiration de l'orifice trachéal suivi de spasme inspiratoire tellement accusé qu'on est obligé de réappliquer aussitôt la canule.

Après plusieurs tentatives d'exploration laryngée faites à l'aide de l'anesthésie cocaïnique et toutes confirmatives de l'existence d'un obstacle siégeant à la région cricoïdienne, on se décide à pratiquer une laryngostomie.

Cette opération a été exécutée le 9 mai 1908. Incision du larynx sur sa ligne médiane, depuis le bord supérieur du cartilage thyroïde jusqu'à l'orifice trachéal qui occupe les deux premiers anneaux de la trachée, à l'aide de forts ciseaux de Vézien; mise à nu d'un véritable écran fibromuqueux qui oblitère l'anneau du cricoïde et suffisamment lâche pour venir obstruer en partie l'orifice trachéal à chaque effort d'inspiration; section et résection partielle de cet écran fibro-muqueux dont l'épaisseur est considérable et qui occupe toute la région sous-glottique. Par contre, la région sus-glottique est libre et perméable, malgré l'épaississement de sa muqueuse.

Réunion de l'incision cutanée aux lèvres correspondantes de l'incision laryngée et mise en place dans le larynx d'un fragment de sonde de Nélaton du n° 23.

Malgré la résection d'une partie des tissus néoformés qui encombrement la circulation sous-glottique, la respiration a été très gênée au cours de l'opération et il a fallu à chaque instant interrompre cette dernière pour remettre la canule en place et permettre au malade de respirer.

Les suites opératoires ont été simples; le tube a été bien toléré et augmenté de calibre les jours suivants pour arriver, seize jours après, jusqu'au n° 38.

Le 25 mai, on supprime la canule et le malade respire désormais par son tube dont le calibre est suffisant pour permettre le passage de l'air. Le pansement est fait journellement et le tube augmenté de volume progressivement jusqu'au n° 40 qui est mis en place dès les premiers jours de juin.

Le 8 juin 1908, le malade commence à souffrir du côté droit; on constate, à la partie latérale droite du cartilage thyroïde, une tuméfaction coïncidant avec un aspect rouge, infiltré et douloureux de la muqueuse qui fait craindre la formation d'une collection purulente, on diminue alors le calibre du tube, mais pendant trois semaines, la tuméfaction persiste et détermine des douleurs vives au moment de la déglutition. — Le malade s'alimente mal et son état général décline visiblement.

Il existe une sécrétion si abondante de la plaie laryngée que le pansement doit être refait deux fois par jour.

Dans les premiers jours de juillet, les phénomènes inflammatoires s'amendent; la tuméfaction diminue. Les douleurs cessent et l'état général devient meilleur.

On recommence la dilatation en augmentant progressivement le calibre des tubes de caoutchouc et dans les premiers jours du mois d'août, on introduit le n° 47. Néanmoins, l'usage de ce tube étant un peu douloureux, le patient préfère s'en tenir au n° 45 qu'il n'a pas abandonné depuis.

A la fin d'août 1908, l'état général est redevenu excellent. Du côté du larynx, on constate que, si le calibre est devenu normal, la muqueuse reste rouge et épaisse. Aussi une ou deux fois par semaine des parties les plus exubérantes sont touchées au moyen de nitrate d'argent, l'action de ce dernier étant insuffisante, on a même recours au galvanocautère.

Ces cautérisations répétées ont été très bienfaisantes et ont permis de donner au larynx une perméabilité beaucoup plus grande grâce à la disparition de toutes les saillies et de tous les replis inflammatoires de la muqueuse.

A partir du milieu de novembre 1908, le malade reste plusieurs

heures dans la journée sans tube et on l'engage à s'habituer de plus en plus à l'abandonner complètement.

Quelques jours après, il quittait l'hôpital avec la promesse de revenir au bout de quelques mois, pour qu'on puisse oblitérer l'orifice trachéal. Mais depuis cette époque, satisfait du résultat obtenu, il s'est refusé à toute intervention.

Il y a un an, lors de la réunion de notre Société, il a bien voulu se rendre au Val-de-Grâce où nos distingués collègues, MM. Moure et Sargnon, ont pu l'examiner. Il ont pu constater avec nous que le larynx est largement perméable et que la respiration s'exécute normalement en l'absence du tube dilatateur. Mais aucune considération n'a pu décider l'opéré à renoncer à son emploi. D'ailleurs faut reconnaître qu'il n'en paraît nullement gêné, puisqu'il peut remplir à Calais les fonctions pénibles de conducteur de tramway.

OBSERVATION III. — Le troisième malade est un spahi indigène sans autre antécédent pathologique qu'une fièvre typhoïde à l'âge de 45 ans.

Le 14 juillet 1907, il a été mordu au cou par un cheval et le médecin qui fut appelé à lui donner des soins a cru constater l'existence d'une fracture sans déplacement de la partie supérieure du cartilage thyroïde. La respiration d'abord assez facile, devint par la suite si gênée qu'on dut pratiquer une trachéotomie quelques heures après l'accident.

Depuis lors, bien qu'on n'ait observé du côté du larynx aucun accident inflammatoire grave susceptible de provoquer une sténose laryngée; il a été absolument impossible de retirer la canule. Dès qu'on enlève cette dernière, le malade présente une telle appréhension et il se produit un spasme inspiratoire tellement accusé qu'il y a menace immédiate d'asphyxie.

Évacué sur le Val-de-Grâce, le 8 mars 1908, après un séjour de plusieurs mois dans les hôpitaux de Batna et de Constantine, on relève du côté du larynx les lésions suivantes:

La région sous-thyroïdienne, dans sa portion laryngée, est absolument normale; les cartilages du larynx sont mobiles et ne portent pas la marque d'une fracture vicieusement consolidée.

A l'examen laryngoscopique, on constate que l'épiglotte et les aryténoïdes sont normaux; mais les cordes vocales sont épaisses, infiltrées et la glotte paraît diminuée dans son diamètre antéro-postérieur.

L'hyperesthésie de la muqueuse est telle que, malgré l'emploi prolongé d'une solution forte de cocaïne, il est extrêmement

difficile de faire l'exploration au stylet boutonné et s'il est possible de faire pénétrer le plus volumineux des tubes de tubage, ce dernier est aussitôt expulsé.

Par l'orifice trachéal, l'examen est également pénible en raison de la gêne respiratoire qui en découle.

Aussi, après plusieurs tentatives du même genre, toutes difficilement supportées par le malade, se décide-t-on à le laryngostomiser.

Le 5 mai 1908, section médiane, à l'aide des ciseaux de Vézien, du cartilage cricoïde et du cartilage thyroïde. La région cricoïdienne est le siège d'un anneau rétréci qui délimite nettement le larynx sus-jacent d'avec la trachée. En outre, la muqueuse de la région glottique est notablement épaissie et tomenteuse.

On applique, pour commencer, un drain dilateur du n° 23, pour arriver progressivement et très rapidement au n° 45 qui est parfaitement toléré. Au bout de deux mois, on supprime le port du tube, d'abord pendant la nuit et, en quinze jours, on arrive à sa suppression permanente.

Quatre mois après la laryngostomie, l'ouverture laryngo-trachéale est fermée au moyen de sutures en U après avivement des bords de la plaie. Réunion par première intention, si bien qu'un mois après cette suture l'opéré peut reprendre la vie commune, ne conservant qu'une cicatrice linéaire à peine apparente comme vous pouvez en juger par cette photographie.

Depuis lors, le résultat s'est maintenu excellent aussi bien au point de vue de la respiration que de la phonation.

OBSERVATION IV. — Le soldat S... entre à l'hôpital du Val-de-Grâce le 31 janvier 1910 pour une fièvre typhoïde.

Dans les derniers jours de mars, alors qu'il est convalescent, il est pris de dyspnée avec cornage et tirage très accusés. Au laryngoscope, on constate que l'épiglotte est tuméfiée, que le vestibule laryngé est œdémateux et notamment que les bandes ventriculaires, surtout la droite, sont épaisses et masquent la majeure partie des cordes vocales.

Les accidents de dyspnée allant en s'accroissant, on pratique, le 4^{er} avril, une trachéotomie basse sous anesthésie cocaïnique.

Le 11 avril, malgré la mise au repos du larynx, les accidents inflammatoires se sont accrus. L'épiglotte est énorme, les aryténoïdes, peu touchés au début, sont très infiltrés ainsi que les bandes ventriculaires.

Quelques jours après, une sécrétion mucopurulente s'établit, le

larynx se tuméfie dans son ensemble. Des ulcérations se forment et des fragments de cartilage, provenant en particulier de l'épiglotte, sont éliminés au dehors.

Naturellement le port de la canule est maintenu et ce n'est que le 3 juillet qu'on tente de recourir à la dilatation caoutchoutée.

A cette époque, en effet, le malade est dans un excellent état général. Localement les cordes vocales sont épaisses et congestionnées et ne s'écartent que d'une façon imperceptible au moment de l'inspiration. Au-dessus de l'orifice trachéal existe un épéron volumineux qui ne laisse perméable qu'un étroit pertuis par lequel on peut amener dans la bouche un gros fil à l'aide duquel on peut introduire dans le larynx un tube en caoutchouc du n° 30. Naturellement la canule est laissée en place au-dessus du tube.

6 juillet. — Bien qu'entré à frottement très dur, le tube a été assez bien toléré et n'a pas causé de gêne appréciable de la déglutition.

7 juillet. — On introduit un tube du n° 32 et pour permettre la respiration par les voies naturelles, on remplace la canule ordinaire par une canule fenêtrée.

10 juillet. — On introduit, non sans peine, un tube n° 34 et trois jours plus tard, le 13 juillet, le n° 36. Mais l'introduction de ce dernier est laborieuse, parce que son diamètre est légèrement supérieur à l'orifice canulaire.

17 juillet. — Sans qu'on puisse relever d'obstacle, il est impossible de réintroduire le tube et on est forcé de remettre la canule.

Sept jours après, le 24 juillet, on réussit à introduire un tube n° 32, mais en même temps on note pour la première fois une légère élévation de la température coïncidant avec une douleur laryngée assez vive. A dater de cette époque, pendant les mois d'août et de septembre, on arrive avec beaucoup de peine à introduire les nos 38 et 40 de la série des tubes en T de Killian.

Vers la mi-septembre, on dût même renoncer momentanément à son introduction à la suite d'une crise de suffocation survenue brusquement quelques heures après un essai de respiration sans tube ni canule.

27 octobre 1910. — Malgré le degré de dilatation obtenu par l'emploi des tubes de Killian, les progrès fonctionnels sont à peu près nuls.

Les cordes vocales sont infiltrées, immobiles et si rapprochées l'une de l'autre qu'elles donnent l'impression d'être soudées dans leur moitié antérieure. Elles vibrent légèrement pendant les efforts de phonation, mais ne s'écartent pas.

L'épiglotte, en partie détruite, reste considérablement épaissie; il en est de même des aryténoïdes et des replis aryténoépiglottiques.

On se décide alors à pratiquer la laryngostomie. Anesthésie locale à la cocaïne et incision médiane allant de l'os hyoïde à l'orifice canulaire. Après hémostase complète, section verticale des cartilages cricoïde et thyroïde.

On ne constate dans l'intérieur du larynx aucune formation anormale susceptible de former obstacle au passage de l'air; *les cordes sont libres et se laissent facilement écarter*, mais la muqueuse endolaryngée est épaisse, indurée et il existe un étranglement manifeste au-dessous de la glotte dû à un angle saillant en avant formé par la rencontre de l'axe de la trachée avec l'axe du larynx.

Comme l'adhérence à la peau de l'orifice canulaire semble jouer un rôle dans la production de cet angle, on libère la trachée et on ne réunit pas les lèvres de l'incision cutanée à celles de la muqueuse laryngée. Un tube de caoutchouc du n° 42, maintenu en son milieu par un fil de soie, est couché dans la gouttière laryngo-trachéale et on supprime le port de la canule.

Les suites opératoires ont été très simples, et très rapidement on peut introduire dans le larynx un tube n° 46 que l'on n'a pas jugé utile de dépasser.

Mais si le calibre du larynx a pu se faire rapidement, l'état de la muqueuse a été plus lent à s'améliorer. Il a fallu recourir fréquemment à des attouchements au nitrate d'argent, à des cautérisations au galvanocautère pour faire disparaître certains bourgeons exubérants développés soit en avant de l'anneau du cricoïde, soit au niveau de la suture laryngo-trachéale.

Actuellement (mai 1944) le malade peut rester plusieurs heures sans porter de tube, mais, comme la *mobilité des aryténoïdes et des cordes vocales est presque nulle*, la respiration et la phonation ne se font bien que lorsque le tube est en place et il ne nous est pas possible de prévoir la date à laquelle la fermeture de l'orifice cutané pourra être tentée. Il est même vraisemblable que l'opéré, satisfait de son état actuel, s'y refusera d'une manière formelle comme l'ont fait nos premiers observés.

OBSERVATION V. — Le soldat G..., sans aucun antécédent héréditaire ni personnel, contracte, fin mai 1940, une fièvre typhoïde pour laquelle il est soigné à l'hôpital de Constantine. Pendant sa convalescence, il éprouve une légère douleur du côté du larynx et constate que la respiration se fait moins facilement. Dans la nuit du 30 juin au 1^{er} juillet, il est pris d'une crise de suffocation

tellement grave que l'on dut pratiquer d'urgence la trachéotomie. Par la suite, il fut impossible de décanuler le malade et une tentative de dilatation du larynx par voie endolaryngée ayant échoué, on l'évacue sur la clinique laryngologique du Val-de-Grâce où il entre le 18 septembre 1910.

La trachéotomie paraît avoir été pratiquée au niveau de l'espace intercricothyroïdien, ce qui explique qu'on n'ait pu introduire qu'une canule de petit calibre (n° 5).

L'épiglotte est un peu tombante et déformée; les aryténoïdes sont très volumineux et l'orifice supérieur du larynx se présente sous l'aspect d'une fente obliquement dirigée de droite à gauche et d'arrière en avant, et limitée par les cordes vocales supérieures très hypertrophiées. Quant à la glotte, elle est invisible et si l'on recommande au malade de faire un effort d'expiration en bouchant l'orifice trachéal, c'est à peine si l'on voit sourdre quelques bulles d'air par la fente laryngée.

Du côté de l'orifice trachéal, on voit pendre de la paroi interne et antérieure du larynx un lambeau fibro-muqueux qui ferme comme un clapet l'ouverture interne de l'orifice trachéal quand on retire la canule. Ne pouvant le saisir avec des pinces et le réséquer, on le détruit en partie avec le couteau du galvanocautère.

Pendant tout le mois d'octobre, le malade est tenu en observation et soumis à un traitement purement médical (inhalations, grands lavages de la bouche et du pharynx, attouchements au nitrate d'argent), pour donner aux accidents inflammatoires du larynx le temps de se calmer.

Le 30 octobre 1910, le lambeau flottant signalé plus haut ayant été détruit par la cautérisation, on peut, après anesthésie à la cocaïne, faire pénétrer une sonde molle au travers du larynx en passant par l'ouverture trachéale. Un gros fil de soie attaché d'une part à la sonde et d'autre part à l'extrémité d'un tube de Killian permet, à l'aide de tractions faites par la bouche, d'amener dans le larynx un tube n° 28. Le malade peut garder le tube pendant cinq heures au bout desquelles il est obligé de le retirer en raison de la gêne de la déglutition qui en résulte.

Le lendemain et les jours suivants, on réintroduit le tube par le même procédé, mais il est impossible d'en faire passer un plus volumineux. On doit même renoncer à toute introduction en raison de l'intolérance du malade et pour ne pas réveiller les accidents inflammatoires du côté du larynx.

47 novembre. — Nous nous décidons à pratiquer la laryngotomie.

Anesthésie locale à la cocaïne et incision médiane partant de l'espace thyrohyoïdien et descendant au-dessous de l'orifice canulaire qui nous paraît très haut situé. Nous constatons, en effet, que lors de la trachéotomie, la section a intéressé le bord inférieur du cartilage thyroïde et la membrane éricoïthyroïdienne, mais a respecté l'anneau du cricoïde. Il en résulte que la canule est directement en contact avec la face inférieure des cordes vocales.

A l'aide des ciseaux courbes, nous fendons sur la ligne médiane : en haut le cartilage thyroïde, en bas le cricoïde et le premier anneau de la trachée. Le larynx ainsi ouvert, il est facile de se rendre compte que l'aphonie du malade et sa gêne respiratoire sont dues à l'infiltration des cordes vocales et à une sorte d'*écrasement* de la partie inférieure du cartilage thyroïde. En outre, des bourgeons charnus, exubérants, encombrant le pourtour de l'orifice canulaire.

Un tube de Killian n° 30 est couché dans le larynx et la canule est retirée, si bien que la respiration se fait par les fosses nasales.

Deux jours après, le malade, qui a très bien respiré par son tube laryngé, présente un peu de fièvre, 37° 9 et une réaction assez vive au niveau de la plaie, mais on ne note rien de particulier du côté du poulmon.

Le 21 novembre, on retire les fils qui rapprochaient les angles supérieur et inférieur de l'incision cutanée; la fièvre est tombée et la réaction inflammatoire de la plaie laryngée est très modérée. Le tube est en somme bien toléré et la respiration des plus aisées.

A dater de cette époque, les progrès de la dilatation deviennent très rapides, mais l'on juge inutile de dépasser le n° 42 qui est mis en place un mois après la laryngostomie.

Quinze jours plus tard, fin décembre 1910, on retire le tube : d'abord pendant quelques heures dans la journée, puis pendant la nuit et enfin on le supprime tout à fait le 15 janvier 1911. Mais à dater du jour de cette suppression, nous assistons alors à un fait que nous n'avons pas vu encore signalé dans l'histoire de la laryngostomie, c'est la *fermeture spontanée* de l'ouverture laryngo-trachéale. Cette fermeture était complète en moins de quinze jours, si bien que nous étions, au début, quelque peu inquiets au sujet de ses suites et nous nous demandions si l'apparition brusque d'une crise de suffocation n'allait pas nous obliger à remettre une canule et à recommencer la dilatation.

Fort heureusement, il ne s'est rien produit de semblable et les membres de la Société de laryngologie de Paris ont pu constater, le 10 avril dernier, que notre opéré respire très facilement. Comme

la région aryténoïdienne est notablement épaissie, l'inspiration est encore un peu bruyante surtout la nuit, mais toute gêne, soit pendant la marche, soit pendant le repos, a totalement disparu.

RÉFLEXIONS.

a. Un premier point nous paraît mériter d'être signalé, c'est la *bénignité* de la laryngostomie, quand on intervient, suivant la judicieuse recommandation de Sargnon, alors que les accidents inflammatoires intralaryngés sont complètement éteints.

Sauf dans un cas, nous n'avons eu recours qu'à l'anesthésie locale à la cocaïne et tous nos malades ont parfaitement supporté l'opération. En faisant soigneusement l'hémostase et en plaçant le sujet suivant une faible déclivité pour ne pas congestionner par trop le cou et la face, la quantité de sang qui pénètre dans la trachée est minime et ne saurait produire d'accidents pulmonaires. Aucun de nos cinq opérés n'a présenté de bronchite et la température vespérale n'a pas dépassé 38° dans les deux jours qui ont suivi l'ouverture du larynx.

Si donc nous comparons la laryngostomie aux différents procédés de dilatation du larynx : soit qu'on utilise la voie buccale, soit qu'on ait recours à la voie trachéale, nous n'hésitons pas, après avoir utilisé les deux méthodes chez trois de nos malades, à *rejeter* absolument la *dilatation simple*.

Si profonde que soit l'anesthésie, si grande que soit l'habileté de l'opérateur, la manœuvre qui consiste à introduire dans le larynx, par voie descendante ou par voie ascendante, un tube dilatateur en métal ou en caoutchouc est une manœuvre brutale. Elle ne peut s'exécuter sans contusionner la muqueuse ou même l'érailler et sans traumatiser les cordes vocales, les articulations aryténoïdiennes et l'espace cricoïdien, naturellement étroit et inextensible. Nos trois malades, malgré leur grand désir de guérir, appréhendaient beaucoup les séances d'échange du tube et nous sommes persuadés que chez le malade de l'observation IV la guérison a été retardée par nos tentatives de dilatation à l'aide des tubes Killian.

Chez lui, les accidents inflammatoires du début avaient profondément lésé les cartilages et le périchondre, la muqueuse

elle-même était épaisse et dure et sous l'influence des tentatives de dilatation, il s'est fait, au niveau de la région sous-glottique, un bourgeonnement irrégulier qui est longtemps resté rebelle aux cautérisations. Enfin, au niveau de l'orifice canulaire, irrité lui-même par l'introduction des tubes, il s'est produit une coudure, à saillie antérieure, de l'arbre laryngo-trachéal que nous avons attribuée en partie à la rétraction fibreuse de l'orifice cutané.

b. Le temps le plus important, à notre avis, est celui de la *dilatation*.

Plus les accidents laryngés sont graves, moins il faut se **hâter** si l'on ne veut perdre en quelques jours le bénéfice péniblement acquis antérieurement. Chez notre premier malade, qui, outre une altération profonde des cartilages du larynx, avait eu également une inflammation périlaryngée, nous avons mis près d'un an pour donner à son larynx un calibre suffisant.

Par contre, nous avons dû interrompre la dilatation et remettre momentanément une *canule* chez les malades II et IV, parce que nous avions introduit des tubes trop volumineux. Chez notre second opéré, nous avons même craint pendant quelques jours la formation d'un abcès au niveau de la partie droite du larynx. *Savoir aller lentement dans la dilatation est donc une condition essentielle de succès*, ainsi que l'un de nous l'a déjà fait remarquer dans une communication, à la Société de chirurgie (1).

c. Un écueil, que nous signalons, également, en passant, est de vouloir *trop dilater le larynx*. Le calibre de cet organe varie naturellement avec les individus et il ne faut pas oublier que, chez les sujets atteints d'un rétrécissement inflammatoire, il se trouve encore réduit du fait de l'épaississement de la muqueuse et du cartilage. La fissure laryngienne ne peut y suppléer qu'en partie, surtout au niveau de l'anneau du cricoïde. A deux reprises, après avoir utilisé un tube n° 47 nous avons dû revenir à l'emploi des tubes 45 et 46 pour faire

(1) SIEUN, Du traitement des sténoses du larynx par la laryngostomie et la dilatation caoutchoutée. (Soc. de chirurgie, 3 juin 1908 et *Bulletin de Laryngologie, Otologie et Rhinologie*, t. XI, p. 329, 1908).

disparaître une sensation de constriction particulièrement pénible et ne pas entraver les mouvements de déglutition.

d. Il nous reste en terminant, à dire un mot de la *fermeture de l'ouverture laryngo-trachéale*.

Avec Sargnon et Barlatier, *nous ne la voulons pas immédiate* et, bien qu'elle se soit produite spontanément et avec un résultat fonctionnel parfait chez notre dernier opéré, nous ne pensons pas qu'il soit rationnel d'y avoir recours hâtivement chez la plupart des laryngostomisés.

D'ailleurs, sa réussite dépend, à notre avis, moins du procédé opératoire auquel on peut recourir *que de l'étendue des lésions* subies par le larynx.

A cet égard, nos opérés peuvent être répartis en deux groupes :

Dans le premier (malades III et V), le squelette du larynx est pour ainsi dire intact et l'inflammation n'a pas gagné les parties molles péri laryngées. Les manœuvres de dilatation ont donc été *de courte durée* et la fermeture de l'ouverture laryngo-trachéale a pu s'exécuter très simplement chez le malade III et s'est faite *spontanément* chez le malade V.

Par contre, les malades du second groupe ont éliminé des fragments de cartilage, ont eu une *pérlaryngite* étendue et présentent de ce fait un larynx *déformé, aplati et fortement bridé par des adhérences* avec les parties voisines. Aussi, bien que la dilatation ait, chez eux, atteint son *maximum*, il se produit très rapidement, lorsque le tube dilateur est enlevé, une sorte *d'aspiration* des parties molles antécervicales qui gêne bientôt la pénétration de l'air dans les bronches et pousse les opérés à conserver en permanence le tube dilateur. Une autre cause de gêne inspiratoire s'observe chez le malade de l'observation IV. Alors que chez lui la dilatation du larynx a atteint son maximum, puisqu'il est possible d'y introduire un tube n° 47, les *aryténoïdes et les cordes vocales ne sont guère plus mobiles qu'avant la laryngostomie* et leur *manque d'écartement au moment de l'inspiration* doit certainement entrer en ligne de compte dans la persistance des crises de suffocation lorsque le malade est détubé.

Faut-il voir dans ces faits un échec de la laryngostomie ? nous ne le pensons pas. Deux de nos opérés vivent de la vie commune et l'un d'entre eux exerce même un métier particulièrement pénible.

Du fait de la suppression de la canule, ils utilisent pour respirer leurs *voies respiratoires supérieures*, ils sont ainsi moins exposés aux dangers d'infection et de refroidissement qui menacent les canulards et, comme la présence du tube leur permet de *parler très facilement*, ils jouissent, en somme, de tous les avantages de la vie de relation.

PÉRIËSOPHAGITE SUPPURÉE APRÈS EXTRACTION DE CORPS ÉTRANGER.

Par **JACQUES**,

Agrégré, directeur de la clinique d'oto-rhino-laryngologie
de l'Université de Nancy.

Depuis quelque dix ans que la pratique de l'endoscopie œsophagienne s'est répandue dans le monde des laryngologistes, le nombre des corps étrangers extraits sans encombre, grâce à l'ingénieuse technique de Gottstein, est devenu légion. Chacun de nous possède actuellement son petit musée, où la prédominance des monnaies de billon, parmi des débris divers, évoque la vision d'un rayon de numismatique à l'étalage d'un brocanteur.

Et, si l'on parcourt les multiples petites notes publiées à propos de ces menus objets, il apparaît bientôt que, pour dramatiques qu'elles soient à leur début, presque toutes ces histoires de corps étrangers se terminent heureusement et court, après extraction du corps du délit par les voies naturelles. Exceptionnellement intervient la grande chirurgie, réservée aux cas particulièrement sérieux et suivie ordinairement du contrôle nécropsique.

Il est des faits, pourtant, mais ils sont rares, où l'extraction sous l'œsophagoscope ne résout pas d'emblée la question ; où, la cause supprimée, l'effet demeure sous forme de complication septique périœsophagienne. J'ai eu récemment l'occasion de suivre attentivement l'évolution d'un fait de cet ordre, dont la relation m'a paru digne de vous être présentée.

Il y a deux mois environ, je fus appelé d'urgence un matin chez un jeune ingénieur pour des accidents de dysphagie aiguë. Le patient, que je trouve au lit, m'exposa d'une voie entrecoupée, avec un luxe d'expressions véhémentes, que, la veille au soir, après avoir

avalé la première bouchée de son repas, — pain et perche meunière — il avait ressenti une douleur atroce, comparable à un coup de poignard en pleine poitrine, et s'était vu forcé d'interrompre brusquement son dîner, tout nouvel effort de déglutition réveillant des souffrances intolérables. Sans aucun doute, il avait avalé par mégarde une arête, qui s'était fichée dans la paroi de l'œsophage, au niveau d'un point de la colonne vertébrale qu'il désignait très précisément entre les deux omoplates. Depuis lors, non seulement la simple déglutition de la salive, mais le moindre effort musculaire, le seul fait de parler étaient redoutés comme prétextes à de nouvelles crises rachialgiques. Accroupi dans son lit, la face angoissée, les yeux fixes, le malade me permit pourtant de pratiquer sans trop de peine l'examen laryngoscopique ordinaire, qui, d'ailleurs, ne révéla rien.

Très disposé, je l'avoue, à juger, d'après l'attitude du patient, que j'avais affaire à un simple obsédé, comme nous en voyons tant, je le rassurai de mon mieux et l'engageai à absorber une potion bromurée, soi-disant destinée à faciliter l'examen œsophagoscopique, que je promettais de pratiquer le lendemain, si les choses ne s'arrangeaient pas. Légère accalmie dans la journée : outre sa potion, le malade réussit à prendre quelques gorgées de lait, petits frissons dans la soirée. Après une nuit médiocre, je trouve le lendemain matin mon patient toujours aussi souffrant et aussi convaincu. Il n'y avait aucune raison de différer l'exploration visuelle du conduit œsophagien.

Le sujet étant couché et sa gorge largement cocaïnisée, j'introduis, sous le contrôle de la vue, un tube de Killian de 11 millimètres de diamètre et 35 centimètres de longueur. Contracture excessive de la bouche œsophagienne, qui ne cède qu'à demi à l'anesthésie locale et exige un notable effort pour être vaincue. Puis le tube glisse sans efforts dans l'œsophage thoracique. A 25 centimètres de l'arcade dentaire supérieure, la lumière du conduit se rétrécit : un bourrelet rouge et fixe, développé aux dépens de la paroi antérieure, dissimule à demi un corps blanchâtre transversalement placé, offrant toute l'apparence d'une lamelle osseuse. J'introduis pour le désenclaver un porte-coton muni d'un tampon cocaïné, que je laisse agir quelques instants. En retirant l'instrument, j'ai la surprise de ramener, adhérent au coton dans lequel s'est engagé sa pointe, une arête de forme triangulaire très aigue, mesurant 28 millimètres de longueur. L'extraction du corps étranger n'a nécessité aucun effort, et la lumière œsophagienne apparaît désormais entièrement libérée. Le malade rentre chez lui enchanté, rassuré et persuadé.

comme je l'étais moi-même, qu'avant deux jours il pourrait oublier sa mésaventure.

Le lendemain, contre mon attente, il vient à mon cabinet moins satisfait qu'il ne l'était la veille. Bien que la douleur profonde intrathoracique se soit bien amendée, la déglutition n'en est guère améliorée : c'est au cou maintenant que siège l'obstacle, et, de fait, on constate un certain empâtement rétro-laryngien douloureux à la pression et prédominant à gauche, conséquence probable des efforts déployés pour vaincre avec le tube le spasme orificiel.

Deux jours plus tard, toute sensibilité douloureuse spontanée avait cédé dans la région interscapulaire, et la déglutition n'était plus entravée que par un reste d'endolorissement au niveau de l'orifice supérieur. Toutefois, phénomène nouveau, une toux quinteuse intermittente avait apparu, qui provoquait une très pénible répercussion dans la colonne vertébrale au point primitivement traumatisé. En même temps, je suis frappé par une modification très marquée du teint : la face prend une coloration plombée. La langue est couverte d'un épais enduit saburral : l'appétit est absolument nul ; il y a même dégoût des aliments.

Ces phénomènes inquiétants persistent et s'accroissent pendant les jours qui suivent. L'aspect du visage est réellement impressionnant : on dirait d'un septicémique profondément infecté. Le sujet se plaint de douleurs profuses et, plus particulièrement, de secousses de toux qui provoquent un ébranlement douloureux dans la colonne vertébrale avec irradiation en ceinture au niveau des mamelons.

Devant cette évolution insolite, j'engage le malade à entrer pour quelques jours en observation à la maison de santé et prie mon collègue et ami le Dr Étienne de rechercher par une auscultation attentive s'il n'existerait pas quelque rapport entre les accidents actuels et une pleurésie, dont le malade fait mention dans ses antécédents. Cet examen révèle uniquement l'existence d'un foyer limité, mais très net, de pectoriloquie aphone entre la crête épineuse et l'angle interne de l'omoplate droite : aucune modification du murmure vésiculaire, pas de souffle bronchique. L'exploration au tube, pratiquée ensuite, fournit les résultats suivants :

A 25 centimètres, la muqueuse œsophagienne rougie présente plusieurs petites vésicules sous-épithéliales du volume d'un grain de chènevis, remplies de sang liquide, qui se rompent au contact du tube. Sur la paroi postérieure, une rhagade superficielle à bords rouge sombre, à fond blanchâtre pseudo-membraneux. Immédiatement au-dessous, la lumière du canal se resserre brusquement par suite de la formation d'une série de bourrelets nettement oédé-

mateux rose pâle, demi-translucides, que la pression du tube fait blanchir sans réussir à les écarter. L'orifice de l'œsophage est reporté en avant et à gauche; il est très réduit et admet avec peine un porte-coton muni d'une fine mèche d'ouate cocaïnée. Une pression discrète permet de se rendre compte que l'instrument se meut dans un trajet stricturé de plusieurs centimètres de hauteur. On le retire chargé d'un enduit purulent brun clair à odeur prononcée de carie dentaire. On voit sourdre en même temps sous la pression du tube une petite quantité de liquide lactescent entre les bourrelets polypoïdes de la muqueuse.

A la suite de cette exploration, le malade accuse un certain soulagement : les douleurs pongitives rachidiennes ont fait place à un endolorissement en ceinture très supportable sauf pendant les efforts de toux. La langue est moins sale. La température vespérale atteint $38^{\circ},8$. Le matin, $36^{\circ},7$. Facies toujours infecté.

A partir de ce moment, se manifeste une détente progressive. Quelques aliments sont de nouveau tolérés. Le teint s'éclaircit; l'abattement diminue; les sueurs se font plus rares.

Un nouvel examen est pratiqué trois jours plus tard et montre cette fois la perméabilité du canal à peu près rétablie. L'œdème des parois œsophagiennes a cédé. La muqueuse a repris ses caractères presque normaux dans la moitié gauche du canal. La moitié droite est encore soulevée par un double bourgeon rouge vif, dans l'interstice duquel suinte du pus : insinuant doucement un stylet mousse, je donne brusquement issue à un flot de pus franc gris vert et bien lié, assez fluide, qui remplit à plusieurs reprises, après étanchement, la lumière du tube.

Dès lors, tous les symptômes alarmants cèdent rapidement; les douleurs en ceinture disparaissent; l'alimentation redevient facile en même temps que renaissent l'appétit et les forces. Enfin le visage perd sa teinte plombée, qui fait place à une simple pâleur de convalescence.

Je passe une dernière fois le tube après trois jours et trouve cette fois la lumière de l'œsophage entièrement rétablie. Les parois ont repris en partie leur mobilité; reste un peu d'épaississement de la région postéro-latérale droite. Mon patient, qui s'estime enfin hors de danger, me prie de l'autoriser à quitter Nancy pour la Côte d'azur, son pays d'origine, où le soleil achèvera de le rétablir. J'ai appris qu'il en avait été ainsi; mais un notable amaigrissement persistait encore un mois plus tard.

Résumons en quelques mots l'histoire clinique de ce

phlegmon périœsophagien, qui a évolué tout entier sous mes yeux.

Un homme vigoureux déglutit par mégarde une arête acérée, qui s'enclave dans l'œsophage thoracique, au niveau du segment broncho-aortique, en provoquant immédiatement des douleurs excessives et prolongées, localisées à un point de la colonne vertébrale, avec dysphagie absolue pour les aliments solides. Extraction aisée au tube trente-six heures après la déglutition : soulagement immédiat. Puis bientôt réapparition des douleurs, accompagnées cette fois d'irradiation en ceinture et d'une rapide altération de l'état général : fièvre, sueurs profuses, teint plombé, langue fortement saburrale, anorexie absolue, toux quinteuse extrêmement pénible. A l'auscultation, foyer de pectoriloquie aphone juxta-rachidien au niveau de l'angle scapulaire droit. L'œsophagoscopie, pratiquée sept jours après l'extraction du corps étranger, montre la muqueuse œsophagienne très tuméfiée, œdémateuse, d'une pâleur livide, obstruant le conduit, effaçant presque entièrement sa lumière sur une hauteur de plusieurs centimètres et la refoulant à gauche et en avant : il s'agit manifestement d'un phlegmon périœsophagien primitivement développé à droite et en arrière du canal alimentaire et contournant celui-ci, dont il commence à infiltrer les tuniques. Trois jours plus tard, l'œdème a cédé par suite de l'évacuation de la collection périœsophagienne dans le conduit : la perforation s'est faite au niveau de la paroi gauche, ainsi qu'en témoignent les bourgeons développés en ce point et laissant échapper, lorsqu'on les écarte, un flot de pus. Relèvement rapide de l'état général coïncidant avec un rétablissement à peu près intégral de la structure et des fonctions de l'œsophage seize jours après l'accident.

* *

A consulter la littérature médicale, il semble que les accidents d'infection de l'œsophage et de son atmosphère celluleuse par des corps étrangers soient relativement rares, et les cas signalés sont pour la plupart mortels : il s'agit de corps dont l'extraction n'a pu être pratiquée par les voies naturelles et a

nécessité une intervention externe, exécutée ordinairement *in extremis*. Aussi l'histoire des phlegmons périœsophagiques est-elle surtout faite de documents opératoires et nécropsiques : elle a trait presque uniquement aux formes les plus malignes et envisage leur phase ultime.

Pour que se déroule sous nos yeux l'évolution naturelle d'une périœsophagite suppurée, il faut que les accidents infectieux succèdent, comme je l'ai observé, à une piqûre septique par un corps dégluti et extrait au préalable. Ces faits sont exceptionnels encore : Starck, dans son ouvrage aujourd'hui classique, fait allusion à un cas personnel où l'image œsophagoscopique concordait de tous points avec ce que j'ai moi-même observé, et Gottstein (1) en a décrit et figuré un semblable. Notre collègue Guisez, de son côté, a communiqué à la Société parisienne de laryngologie (février 1910) un cas de phlegmon périœsophagien par arête, qu'il a ouvert par voie endoscopique.

C'est là ce qui m'a déterminé à vous relater l'histoire détaillée de mon malade. Toutefois, en dehors de l'intérêt documentaire de cette observation au titre sémiologique, il est quelques points de détails sur lesquels je me permettrai d'attirer l'attention.

Le fait le plus saillant qui s'en dégage, c'est la très inégale tolérance du conduit œsophagien pour les corps étrangers ; voici, par exemple, un volumineux fragment osseux, rugueux, tranchant, hérissé de pointes acérées, dont j'ai pratiqué l'extraction chez une femme de 40 ans sept jours après sa déglutition. Le corps était enclavé à 22 centimètres des arcades dentaires, transversalement placé et solidement fixé. Sauf un certain degré de dysphagie mécanique, la patiente n'éprouvait presque aucune incommodité. A la douleur assez vive des premiers jours, avait succédé un vague endolorissement dans la région scapulaire droite, et je dus insister pour pratiquer l'exploration endoscopique. Réaction nulle après l'extraction.

En revanche, nous venons de voir la simple piqûre d'une arête éveiller des phénomènes douloureux extraordinairement

(1) Technik und Klinik der OEsophagoskopie (*Mitth aus der Grenzge bieten d. Med. u. Chir.*, Bd. VI u. VIII, 1900).

violents et provoquer, en dépit d'une extirpation précoce, un grave phlegmon périœsophagien. Pour expliquer de telles différences d'évolution, il faut, semble-t-il, faire intervenir comme facteur de gravité non seulement la forme plus ou moins traumatisante, mais encore et surtout la nature plus ou moins infectante du corps dégluti. Un objet métallique perfore à la longue les tuniques œsophagiennes par action mécanique : l'infection du tissu cellulaire du médiastin est tardive et relève de la pénétration de débris alimentaires. Une esquille osseuse, simple instrument de laceration au début, devient, après quelques jours d'enclavement, un milieu favorable aux pullulations microbiennes. Mais, dans nombre de circonstances, des arêtes se sont comportées, introduites accidentellement dans l'organisme, comme des corps singulièrement septiques et phlogogènes.

De cette observation découlent deux corollaires pratiques : se hâter spécialement d'explorer l'œsophage chaque fois qu'un corps étranger organique acéré pourra être mis en cause, surtout quand il s'agira d'une arête un peu volumineuse ; puis, l'extraction faite, apporter quelque réserve au pronostic et surveiller de près le patient pendant un septénaire, en se tenant prêt à repasser le tube au moindre phénomène alarmant (reprise de la dysphagie, toux quinteuse, douleurs scapulaires et surtout, je crois, signes d'infection générale).

III

A PROPOS D'UNE MÉNINGITE CONSÉCUTIVE A UN ÉVIDEMENT. FAUT-IL OUVRIR LA FOSSE CÉRÉBELLEUSE DANS LES LABYRINTHITES SUPPURÉES ? (1)

Par **Henri ABOULKER**.

Chef du service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital de Mustapha (Alger).

La chirurgie du labyrinthe est à l'ordre du jour et de tous côtés sont publiées les relations d'actes opératoires nombreux.

La conduite à tenir, en présence d'un malade atteint de suppuration labyrinthique, est cependant loin d'être établie nettement.

Les otologistes français exécutent la trépanation plus ou moins large et complète des canaux semi-circulaires, du vestibule et du limaçon.

Certains auteurs allemands et non des moindres, Neumann, Alexander, condamnent formellement l'opération labyrinthique isolée et affirment la nécessité absolue de lui associer dans le même temps opératoire, l'ouverture et le drainage de la fosse cérébelleuse.

Cette opinion précisée par Alexander au Congrès de Budapest me paraissait trop absolue. Je croyais fort sage, par contre, la règle si rationnelle admise en général dans le traitement des complications intra-craniennes des otites, règle qui consiste à procéder toujours par étapes successives, à suivre la lésion, à se guider sur l'évolution de la maladie.

C'est cette règle que j'ai appliquée dans un cas récent et je n'ai pas eu à m'en féliciter. J'ai exécuté un évidement pétro-mastoïdien chez une enfant atteinte de suppuration du labyrinthe. Et, quelques heures plus tard, se déclaraient des

(1) Communication au Congrès français d'oto-rhino-laryngologie, mai 1911.

symptômes méningitiques violents. Trente-six heures plus tard, je fis une large ouverture des cavités labyrinthiques et de la fosse cérébelleuse sans réussir à éviter la mort de ma petite malade. Or, il s'agissait d'une enfant qui semblait présenter par ailleurs les signes d'une santé parfaite. Si sérieux que puisse être en soi le pronostic d'une labyrinthite, la perspective de déclancher une méningite est vraiment troublante.

Cette éventualité est possible, en effet, quand on fait un simple évidement pétro-mastoïdien; ce fut le cas de ma petite malade. Elle reste sérieusement à redouter lorsqu'on ouvre en même temps la fosse cérébrale postérieure et qu'on met ainsi les méninges au voisinage d'une cavité purulente.

Devant l'Association médicale britannique, le 27 juillet 1910, M^r Dan-Mackensie, à l'occasion d'une communication de Barany, a précisément mis en relief la question qui nous préoccupe. Il oppose la méthode d'opération relativement conservatrice des chirurgiens anglais formulée par M. West qui préconise la vestibulotomie large à la mise à découvert étendue de la dure-mère conseillée par Neumann et Alexander.

Dans un cas de ce genre, quelle conduite faut-il adopter? C'est la question que je pose à la Société française d'otologie; que je me suis posée à moi-même et que je veux essayer de discuter.

Voici tout d'abord mon observation.

Irma A..., 12 ans. — Cette enfant m'a été présentée il y a un an et demi pour une otorrhée double datant de l'enfance. A cette époque, j'avais constaté la destruction complète des tympans; des fonds de caisse fongueux et de grosses végétations adénoïdes. En même temps, fistule lacrymale à droite. Aucun traitement ne fut accepté.

Il y a 3 mois, poussée de mastoïdite à gauche, contre laquelle on lutte par la désinfection de la caisse et des applications chaudes répétées. La poussée mastoïdienne une fois calmée, on enlève les végétations adénoïdes.

Amélioration pendant quelques semaines, puis, de nouveau, violente poussée de mastoïdite.

A ce moment, l'examen fait constater des symptômes vestibulaires et cochléaires très graves. Cette malade observée pendant plusieurs

semaines présente des alternatives d'amélioration et d'aggravation, et au cours d'une dernière poussée mastoïdienne, elle entre à l'hôpital pour y subir l'évidement pétro-mastoïdien (salle Guersant, service de M. le P^r Curtillet).

6 décembre 1910. — A droite et à gauche, fonds de caisse fongueux. L'exploration au stylet est rendue impossible par l'indocilité de l'enfant. A droite, mastoïde normale ; à gauche, gonflement, douleurs spontanées intermittentes, douleurs réveillées par la pression à la pointe et au niveau de l'antre. On constate à l'inspection des globes oculaires, un nystagmus spontané dirigé à droite, coté opposé à la mastoïde malade. Ce nystagmus est incessant, même dans la position directe, extrêmement net dans la position oblique.

On constatait, il y a quelques semaines, quelques secousses nystagmiques quant les globes oculaires étaient dirigés à gauche, elles ont disparu actuellement.

L'épreuve de rotation donne les résultats suivants :

1° Quand on interroge le coté droit, les secousses nystagmiques spontanées semblent amplifiées.

2° Quand on interroge le coté gauche, même après 50 tours de rotation, on ne constate aucune secousse nystagmique.

Epreuve de Barany.

L'irrigation prolongée d'eau froide à droite, détermine une diminution notable des secousses nystagmiques spontanées de ce coté, cette diminution est constatée aussi nettement dans la position oblique que dans la position directe. Lorsque, pendant l'irrigation, on demande à la malade de regarder à gauche, on ne détermine aucune secousse de ce coté.

L'irrigation chaude à gauche, ne détermine pas non plus de réaction nystagmique vers la gauche.

Examen de l'audition :

Voix chuchotée, à gauche = 0 à droite = entendue.

La montre, à gauche = 0 à droite = entendue

Diapason, à gauche voie aérienne et osseuse = 0.

— à droite voie aérienne et osseuse = entendue.

Weber latéralisé à droite.

Signe de Romberg nettement positif.

La station debout sur un pied est impossible. Enfin l'enfant déclare spontanément que depuis un mois elle marche comme une personne ivre, qu'elle est obligée de se tenir au bras de sa mère pour venir à la consultation et qu'à la maison elle est obligée de rester immobile. Jamais de vomissements. Au moment des crises

vertigineuses, elle ne voit pas les objets tourner autour d'elle.

Examen galvanique à 6 milliampères (Dr Murat) : électrodes positive et négative, placées à droite et à gauche, la malade n'a ni vertige ni nystagmus. A 15 milliampères, ni vertige ni nystagmus, inclination très nette de la tête à gauche (coté malade), en même temps rotation légère de la tête.

Le diagnostic posé est celui de mastoïdite chronique gauche avec labyrinthite suppurée du même coté. Les poussées répétées de mastoïdite, la complication actuelle de labyrinthite, rendent la cure radicale de l'otorrhée inévitable. Il nous paraît d'autant plus difficile de différer l'opération, qu'une jeune sœur de notre malade, atteinte comme elle d'otorrhée avec mastoïdite et septico-pyohémie, est entrée dans le service il y a six mois. Elle y est morte après avoir présenté des métastases articulaires. Nous sommes amenés à supposer l'existence de dispositions anatomiques familiales exposant notre malade à des complications intra-craniennes.

Le 10 décembre 1910, l'évidement pétro-mastoïdien qui ne présente aucune difficulté, est fait lentement, avec précaution, autant que possible à la pince gouge, en évitant les coups de maillet violents. L'opération dure une heure, bien qu'elle ne présente aucune particularité. La mastoïde entièrement nécrosée est évidée complètement. J'extraits l'enclume et j'inspecte avec précaution la paroi labyrinthique après adrénalisation. Je ne vois pas d'étrier; pas de fistule apparente. Exploration légère au stylet. La partie postérieure du canal demi-circulaire externe, présente une tache vasculaire au niveau de laquelle le tissu osseux paraît érodé.

Les jours précédents, la température de la malade avait varié de 37° à 38°,7. Le jour de l'opération, la température était de 37°,2 le matin. Le soir 39°, raideur de la nuque, Kœrnig, agitation extrême; ponction lombaire, liquide très trouble (Dr Lombard, chef de clinique). Le lendemain, même état.

Le 12 décembre, mise à nu de la fosse cérébelleuse sur une large étendue. Le sinus latéral est normal. Trépanation du labyrinthe, ouverture du canal semi-circulaire horizontal dans la partie postérieure qui semblait atteinte d'ostéite. Quand on place le ciseau sur la partie antérieure du canal semi-circulaire pour le trépaner, l'instrument s'enfoncé. Il y avait en ce point une fistule qui avait échappé à l'examen précédent. Je réunis la fenêtre ovale à la fenêtre ronde par des traits de trépanation; je fais le curetage du vestibule et du canal semi-circulaire externe, je n'y trouve qu'un peu de liquide. Je termine l'opération en incisant la dure-mère cérébelleuse en arrière du sinus. J'évacue ainsi très peu de liquide

céphalo-rachidien car la dure-mère est adhérente à la pie-mère.

Le 13 décembre, la température est tombée à 37°,2, l'agitation s'est calmée. Le nystagmus spontané à droite n'existe plus en position directe, encore visible en position oblique, 24 heures après l'évidement *avant l'ouverture du labyrinthe*.

Le 14 décembre, température 37°,5, bon état général. Le soir élévation brusque de la température à 40°,8. Entre temps, l'analyse du liquide céphalo-rachidien retiré par une ponction lombaire faite 7 ou 8 heures après l'évidement pétro-mastoïdien a montré l'existence de polynucléaires nombreux et des streptocoques à l'état de pureté (D^r Lombard).

Le 15 décembre, température 39°,8 le matin, 39° le soir. Agitation extrême, Koernig très prononcé. Au pansement on trouve du pus sur la paroi labyrinthique et on constate que les attaches du sterno-mastoïdien sont nécrosées sur une étendue d'une pièce de un franc.

Extirpation des parties nécrosées, nettoyage de la plaie. La dure-mère est décollée de la face postérieure du rocher au niveau de la face antérieure du cervelet, en avant du sinus latéral, sur une étendue de 4 à 5 centimètres, avec une rugine nasale étroite et fine. Je veux chercher si derrière la face postérieure du rocher, ne se trouve pas une collection séreuse ou purulente. Ce décollement provoque l'évacuation brusque d'un flot considérable de liquide céphalo-rachidien, environ un verre et demi. La collection était située à la partie antérieure de la loge cérébelleuse.

L'enfant reste toute la journée dans le collapsus et meurt le lendemain à 9 heures.

Pas d'autopsie.

On conviendra qu'une telle issue est fort troublante lorsqu'elle survient chez un sujet dont l'état de santé ne paraissait pas extrêmement grave aux parents et à l'entourage.

L'évolution de la mastoïdite chronique avec ses poussées successives, suivie pendant plusieurs semaines rendait l'évidement pétro-mastoïdien inévitable. Refuser l'opération c'était exposer l'enfant presque à coup sûr à des complications intra-craniennes. La labyrinthite était déjà une manifestation des plus sévères.

J'avais d'autre part, ainsi que je l'ai dit, présent à l'esprit, le décès survenu quelques semaines auparavant de la sœur de

notre petite malade. Cette enfant m'avait été amenée pour une mastoïdite avec abcès fistuleux depuis un mois, et accidents infectieux. Elle était morte de pyohémie après avoir présenté des poussées métastatiques articulaires. Les parents justement affolés par ce souvenir, m'interrogeaient sur la contagiosité des affections otiques. Sans m'arrêter à cette considération, je songeais sérieusement à la possibilité de prédispositions familiales, dues à des dispositions anatomiques congénitales, telles que des déhiscences du toit de la caisse, possibles chez deux sœurs.

D'ailleurs les deux enfants avaient de grosses végétations adénoïdes avec une otorrhée datant de l'enfance. En dehors des indications précises, données par l'examen, je trouvais dans les commémoratifs, de nouvelles raisons assez sérieuses me semble-t-il pour ne pas prolonger plus longtemps l'expectation que j'avais adoptée jusque-là.

La coexistence de la labyrinthite posait un autre problème. Fallait-il ouvrir les cavités labyrinthiques ou s'en tenir à l'évidement simple?

De quelle variété de labyrinthite s'agissait-il?. De la forme séreuse ou purulente, circonscrite ou diffuse? La labyrinthite séreuse s'accompagne de symptômes d'excitation ou de paralysie vestibulaire et cochléaire isolés ou associés, mais incomplets et passagers ou intermittents.

La labyrinthite circonscrite se traduit par des modifications légères des réactions nystagmiques. Ma petite malade présentait au contraire au grand complet les signes de la paralysie fonctionnelle totale du labyrinthe vestibulaire et cochléaire.

D'abord du côté droit, opposé à la mastoïde malade, un nystagmus spontané, net en position directe, très accentué en position oblique. Ce nystagmus spontané à droite pouvait indiquer ou bien l'irritation du labyrinthe droit ou la paralysie du labyrinthe gauche, côté de la mastoïde malade. Or l'injection d'eau froide paralysant le côté droit, ne faisait pas apparaître la moindre oscillation à gauche. D'autre part, l'audition conservée à droite prouvait que ce labyrinthe était normal, dans sa partie cochléaire. Enfin, le résultat négatif de toutes les épreuves de l'audition à gauche, confirmait le dia-

gnostic de suppression fonctionnelle complète du labyrinthe gauche.

L'injection d'eau chaude prolongée à gauche, qui théoriquement détermine l'hypertonie du labyrinthe, ne faisait pas apparaître à gauche le nystagmus, ce qui aurait eu lieu si ce labyrinthe avait conservé une valeur fonctionnelle appréciable.

Le résultat de l'épreuve de Barany fut d'ailleurs contrôlé par l'examen de la rotation. A droite, le labyrinthe sain fut interrogé par quelques tours; le nystagmus spontané fut manifestement exagéré. A gauche, 50 tours de rotation ne déterminèrent pas la moindre excitation des canaux semi-circulaires. Il n'est pas jusqu'à l'épreuve galvanique qui ne vint par son résultat positif, inclination de la tête à gauche et rotation, confirmer le diagnostic de labyrinthite totale.

La labyrinthite suppurée chronique étant certaine, quel traitement fallait-il appliquer? L'expectation ou la trépanation?

L'accord semble fait sur la nécessité de la trépanation du labyrinthe dans le cas de labyrinthite suppurée chronique. Voici en quels termes l'a justifié M. Hautant: (Leçons de M. Luc): « L'existence d'une paralysie faciale est une indication importante de l'évidement pétro-mastoïdien; à plus forte raison, la constatation de la paralysie du nerf vestibulaire et cochléaire doit imposer la cure radicale et complète de l'ostéite chronique du rocher.

La participation de l'oreille interne à l'infection dans les otorrhées chroniques coïncide toujours avec des lésions osseuses profondes et étendues. Ce point est bien démontré par les constatations faites sur la table d'opération et à l'autopsie. Par elle-même, l'ostéite latente du labyrinthe forme un danger de méningite. »

La paralysie du labyrinthe de notre malade pouvait être définitive ou seulement passagère en partie tout au moins.

MM. Moure et Cauzard, dans leur rapport à la Société française d'otologie, à propos d'un cas de cette nature approuvent pleinement M. Hautant qui fit le diagnostic d'abolition des fonctions de l'appareil labyrinthique du lieu de destruction de

l'appareil labyrinthique, diagnostic qui paraissait permis. Et la suite prouva que, la sensibilité du vestibule n'était pas entièrement abolie. Chez notre malade, le lendemain de l'ouverture de la mastoïde gauche, le nystagmus spontané était très diminué, ce qui prouve tout au moins que le labyrinthe gauche n'était pas complètement détruit puisque le seul drainage de l'oreille moyenne put modifier les symptômes oculaires. Si l'évolution avait permis un nouvel examen, rien ne prouve qu'on n'aurait pas vu après la disparition du nystagmus à droite, le passage du nystagmus à gauche.

La destruction de l'appareil labyrinthique n'étant pas certaine, il y avait déjà une raison pour ne pas le détruire d'emblée. J'avais une autre raison, c'était le désir de ne pas faire une opération de trop longue durée, je préférais borner le 1^{er} temps opératoire à l'évidement pétro-mastoïdien. Je le fis très lentement, dans la crainte précisément de voir s'établir une méningite. Je montrai la possibilité de cette complication à diverses reprises aux élèves du service. A ce moment, j'ai le regret d'avoir omis de prendre une précaution qui dans tous les cas de labyrinthite me paraît devoir être érigée en règle. C'est de faire une ponction lombaire. Il me paraît probable qu'elle eut dénoncé l'existence d'une méningite en évolution.

La constatation d'un état méningé est parfaitement compatible avec une santé en apparence très bonne. Ou bien il s'agit de malades ayant présenté des symptômes méningitiques qui ont évolué très rapidement, ont échappé à une observation précise et qui ont été examinés sérieusement seulement pendant la convalescence. Ou bien il s'agit de poussées méningitiques subaiguës ou chroniques d'emblée qui évoluent en quelque sorte sans bruit, arrivent à la guérison spontanément sans aucun traitement; parfois sans que l'existence et le rôle de l'otite causale soient soupçonnés. Dans tous les cas, on ne trouve pas d'autre symptôme méningé qu'une formule leucocytaire caractéristique à l'examen du liquide céphalo-rachidien.

Je viens de voir un jeune homme qui pendant 2 ou 3 jours avait eu des températures élevées et un furoncle à l'entrée du conduit. Il avait l'air profondément infecté d'un typhique, puis

la température est tombée. Le séro-diagnostic pour la fièvre typhoïde et la fièvre méditerranéenne avait été négatif. De même fut négative la recherche de l'hématozoaire. Pendant trois semaines, avec un état général très bon, ce malade a eu 91/100 de polynucléaires dont quelques-uns étaient dégénérés dans un liquide céphalo-rachidien très trouble et sans microbes.

J'ai fini par découvrir une fistule du conduit et une légère labyrinthite et cependant pendant plusieurs semaines ce malade n'avait présenté aucun des symptômes méningitiques auxquels il a fini par succomber.

Il s'agissait d'un cas typique de ces états méningés puriformes, aseptiques, décrits par M. Vidal et étudiés après lui à la Société médicale par MM. Lemerre et Abrami considérés comme des états bénins, de pronostic favorable. Il n'en est pas moins vrai, et c'est le seul point à retenir ici, qu'une méningite peut évoluer en même temps qu'une labyrinthite sans se laisser soupçonner par d'autres signes que ceux tirés de la ponction lombaire.

Chez la petite malade qui fait le sujet de mon observation, il en a été probablement de même. Au moment des poussées mastoïdo-labyrinthiques, sa méningite s'est constituée, et la ponction lombaire l'aurait sans doute décelée. A aucun moment il ne faut donc oublier que la labyrinthite est une méningite circonscrite.

La ponction lombaire, je le répète, doit devenir à mon avis un des éléments nécessaires de l'exploration labyrinthique au même titre que la recherche du nystagmus calorique et rotatoire ou de l'épreuve galvanique.

On voit l'importance d'un élément de cette nature au moment où l'opération va se décider.

D'abord la responsabilité de l'opérateur est plus complètement mise à couvert. Cela n'est pas indifférent par ce temps où les tendances processives des malades deviennent inquiétantes. Ensuite et surtout, il peut en résulter une modification importante dans la forme et l'étendue de l'acte opératoire, puisque la nécessité du drainage de la cavité arachnoïdienne peut s'imposer à l'opérateur.

Si le liquide céphalo-rachidien est normal, le traumatisme opératoire peut l'altérer en détachant les adhérences d'un abcès enkysté cérébral ou labyrinthique. Il me paraît dans ce cas nécessaire de mettre à nu la dure-mère cérébrale et cérébelleuse pour être prêt à l'ouvrir aux premiers symptômes d'excitation méningée.

Si le liquide céphalo-rachidien présente des modifications pathologiques, et c'est le cas le plus fréquent, d'après Alexander, dans la labyrinthite simple, je suis d'avis qu'on pourrait adopter à la rigueur l'expectation armée. Il faut savoir que cette méningite peut guérir spontanément si l'évolution de la lésion osseuse n'est pas progressive.

La régression spontanée des altérations du liquide céphalo-rachidien peut se produire. Celui-ci redevenu normal, on est ramené au cas précédent. On opère alors en quelque sorte à froid, l'orage calmé, comme on opère à froid une appendicite après que la péritonite concomitante s'est éteinte.

Sans vouloir tirer une règle générale d'un cas particulier, je signale la possibilité de se rallier à l'expectation armée. J'ai assisté récemment à l'évolution favorable d'une méningite otique très grave traitée par les seules injections intra-rachidiennes. J'ai suivi une femme soignée salle Trousseau, service de M. le P^r Ardin-Delteil, suppléé par notre regretté confrère M. Sicard. Cette malade présentait au grand complet les symptômes d'une méningite cérébro-spinale : Koernig, raideur de la nuque, obnubilation intellectuelle, température élevée, état comateux, liquide céphalo-rachidien trouble, polynucléaires très nombreux avec des microbes mal identifiés mais qui n'étaient pas des méningocoques. Elle présentait en même temps une double carie très ancienne et étendue de l'oreille moyenne et une double mastoïdite.

Au moment où je la vis pour la première fois, son état s'améliorait et je repoussai momentanément toute idée d'intervention opératoire. Cette malade néanmoins s'améliora, puis finit par guérir. Elle quitta l'hôpital et put venir à la consultation otologique faire soigner ses otorrhées. Les mastoïdites s'étaient entièrement résolues. La guérison se maintient depuis 15 mois. Je me demande si la double trépanation

n'eut pas été dangereuse, tout autant qu'une laparotomie chez un malade atteint d'appendicite avec péritonite. En tout cas l'opération n'aurait pu être logique qu'en s'étendant des deux côtés aux fosses cérébrales et cérébelleuses. Donc dans les cas de labyrinthite avec liquide céphalo-rachidien altéré, ou l'abstention opératoire complète avec traitement médical ou la cure radicale mastoïdo-labyrinthique avec drainage cérébelleux.

Pour en revenir à notre petite malade, quoi qu'il en soit de l'état antérieur du liquide céphalo-rachidien, quelques heures après l'opération, une ponction lombaire faite par M. Lombard chef de clinique, à la malade en plein état méningé, ramena un liquide trouble avec polynucléaires nombreux et streptocoques à l'état de pureté. Et c'est là précisément ce qui me fait penser que le liquide céphalo-rachidien devait déjà être altéré. D'ailleurs, Alexander a trouvé des altérations du liquide céphalo-rachidien avant toute opération chez des malades atteints de labyrinthite sans symptômes méningés. Nous ne pouvons nous en étonner puisque nous savons que le labyrinthe communique avec la cavité arachnoïdienne par le sac endolymphatique, l'aqueduc du limaçon et le conduit auditif interne.

Que la méningite latente préexistât à l'opération c'est possible et même bien probable. Mais ce qui est en tout cas absolument certain, c'est que le traumatisme opératoire a déchainé dans toute sa rigueur un état méningé grave avec altérations caractéristiques du liquide céphalo-rachidien.

Quel a été le mécanisme de cette aggravation ? La dure-mère n'a pas été vue au cours de l'opération ; le facial a été repéré attentivement, et, touché au stylet, il a déterminé les contractions caractéristiques de la face sans paralysie ni parésie consécutive.

L'évidement a été fait très large, l'éclairage était parfait et l'exploration de la paroi labyrinthique faite au stylet très légèrement et avec une extrême circonspection. Le nettoyage de la caisse fut aussi très prudent. J'ai nettement constaté l'absence d'étrier.

Je suis sûr de n'avoir exécuté à ce moment aucune manœu-

vre que je pourrais incriminer. Je constatai à la vue une tache vasculaire sur le canal semi-circulaire externe dans sa partie postérieure. Je n'aperçus pas dans sa partie antérieure une perte de substance que je vis deux jours après en trépanant le labyrinthe.

Le développement de la chirurgie labyrinthique est tel que les opérateurs sont de plus en plus entraînés à des explorations complètes et précises. Il importe, me semble-t-il, de résister à cette tendance et d'être très réservé en matière d'exploration instrumentale au niveau de la paroi interne de la caisse.

Il me reste donc à mettre en cause, pour expliquer les symptômes de méningite, la trépanation elle-même, le traumatisme de la gouge et du maillet. Je fis le plus possible de l'opération à la pince gouge et je fis en une heure une opération qui devait durer 25 minutes.

Existait-il un abcès intra ou extra-dural dont le traumatisme a détaché les adhérences, cela est peu probable puisque dans le premier temps opératoire, j'ai largement exploré l'espace intra-dural et l'espace extra-dural en promenant le stylet à la surface du cervelet et très loin entre le rocher et la dure-mère.

L'absence d'autopsie ne permet pas de rejeter absolument l'hypothèse d'abcès intra-cérébelleux; mais à la vérité il n'en existait aucun symptôme. Quoi qu'il en soit du mécanisme intime, le traumatisme opératoire de la gouge et du maillet fut la principale cause de la méningite, sans doute en lançant dans la cavité arachnoïdienne des particules suppurées qui se trouvaient dans le labyrinthe autour des terminaisons nerveuses. Ce mode d'opération doit donc être absolument condamné dans les cas de labyrinthite.

Que dirait-on du chirurgien, qui, au moment d'opérer un abcès appendiculaire ou salpingien, se contenterait seulement de broser énergiquement la paroi abdominale de son malade? N'est-ce pas là ce que fait l'otologiste qui avec une violence bien plus grande attaque une mastoïde à coups de maillet.

La trépanation avec une fraise, montée sur un tour électrique ou autre est une mesure de prudence nécessaire.

La méningite nettement constatée, le surlendemain de l'opé-

ration je fis la trépanation complète du labyrinthe, l'ouverture et le drainage de la fosse cérébelleuse. Pendant deux jours, chute de la température, amélioration de l'état général.

Or, à ce moment et sous la simple influence de l'évidement, le nystagmus spontané du côté sain était très diminué. Cela prouve bien comme je l'indiquais tout à l'heure, que l'absence du nystagmus provoqué et des diverses réactions labyrinthiques du côté malade n'indique pas nécessairement la destruction du labyrinthe, mais seulement la suppression de la fonction vestibulaire qui peut n'être que transitoire en partie tout au moins.

En effet, si le nystagmus spontané à droite avait été l'indice de la destruction du labyrinthe gauche, le drainage de l'oreille moyenne n'aurait pas été suivi de la diminution immédiate de ce trouble de la mobilité oculaire.

Le drainage de la fosse cérébelleuse fut fait comme la trépanation, environ 36 heures après l'apparition de sa méningite. Le lendemain, je fis le décollement de la dure-mère cérébelleuse, de la face postérieure du rocher jusqu'à cinq ou six centimètres de profondeur. J'ai employé à cet effet la rugine longue et mince légèrement coudée qui sert à décoller la muqueuse de la cloison nasale. Mon but était de rechercher s'il n'existait pas de collection derrière le rocher. La pression de l'instrument détermina l'évacuation d'un verre et demi de liquide céphalo-rachidien.

Il y avait méningite retro-pétreuse localisée avec sécrétion très abondante en avant du sinus latéral. En arrière de ce sinus, sur la face postérieure du cervelet, l'incision de la dure-mère avait donné issue seulement à quelques gouttes de sérosité. Encore avait-il été nécessaire de détacher les adhérences de la face profonde de la dure-mère.

La conduite opératoire que j'ai adoptée est celle que conseille Alexander. Mais le chirurgien viennois considère comme indispensable, l'ouverture d'emblée de la fosse cérébelleuse. « On ne saurait dit-il répéter trop souvent, avec trop d'insistance que dans ces cas la tentative de se tirer d'affaire par l'opération radicale amène presque sans exception la mort par méningite post-opératoire suppurée à marche suraiguë.

Nous ne dépendons, pour poser les indications de l'opération radicale, que des données des commémoratifs et des résultats de l'examen fonctionnel. Les commémoratifs peuvent être pleins de lacunes, ou négatifs. L'examen fonctionnel du labyrinthe est seul capable de nous mettre à l'abri de la douloureuse perspective de la méningite post-opératoire. »

Plus loin, Alexander s'exprime en ces termes : « Il peut y avoir hésitation jusqu'au moment où l'opération est opportune ; mais, pendant ce temps, on s'en tiendra à un traitement très prudent, conservateur de l'oreille moyenne. Car de même que l'opération radicale, toute cautérisation sur la paroi médiane de la caisse, toute extraction de polype, même un simple examen au stylet pourrait exacerber la suppuration labyrinthique chronique éventuellement latente, et la faire se propager vers l'intérieur du crâne ; mais, s'il s'agit d'un délai, ce ne peut être que d'un délai de toute intervention sur l'oreille moyenne et le labyrinthe. »

En ce qui concerne les indications tirées de la ponction lombaire, Alexander considère que l'ouverture large des deux fosses cérébrales est indiquée lorsqu'elle ramène un liquide cérébro-spinal altéré.

C'est la conclusion à laquelle je me suis arrêté tout à l'heure et qui me paraît nécessaire si l'on redoute les conséquences de l'abstention opératoire. Lorsque le liquide céphalo-rachidien paraît normal, Alexander considère comme indispensable au moins la mise à nu de la dure-mère cérébelleuse qui permet un large drainage méningé à la première apparition des symptômes graves. Cette mesure de prudence me paraît également devoir être adoptée dans tous les cas.

CONCLUSIONS.

1° Dans les suppurations chroniques de l'oreille moyenne, toute opération même faite par les voies naturelle doit être différée jusqu'à l'examen complet des diverses réactions labyrinthiques comparées des deux oreilles.

2° Dans tous les cas de labyrinthite, la ponction lombaire aussi indispensable que la recherche des réactions labyrinthi-

thiques doit également et nécessairement précéder tout traitement opératoire ou exploration instrumentale exécutés sur l'oreille moyenne, fut-ce une simple exploration au stylet.

3° Si le liquide céphalo-rachidien est normal, il faut néanmoins mettre à nu la dure-mère cérébelleuse, pour être prêt à faire face séance tenante à toute éventualité.

4° Si le liquide céphalo-rachidien est altéré, il faut choisir entre l'abstention complète ou l'ouverture crânienne d'emblée.

L'abstention opératoire ou plutôt l'expectation armée avec traitement médical de la méningite est défendable si les lésions osseuses semblent présenter une tendance à la régression spontanée.

Si les lésions semblent au contraire progressives, ou si l'expectation paraît plus dangereuse que l'intervention chirurgicale, celle-ci doit partir de l'évidement et ne s'arrêter qu'après drainage complet de la fosse cérébelleuse ou cérébrale en passant par les cavités du labyrinthe.

5° Dans toutes les trépanations du rocher, comme d'ailleurs dans toutes les trépanations crâniennes, l'instrument idéal c'est la fraise mue par le tour électrique, beaucoup moins dangereuse que la gouge et le maillet.

IV

CONTRIBUTION AU TRAITEMENT DE L'OZÈNE PAR LA RÉÉDUCATION RESPIRATOIRE NASALE (1).

Par le Dr **Robert FOY** (de Paris).

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

Le nouveau mode de traitement que je propose pour l'ozène, présenté par moi pour la première fois à la Société parisienne de laryngologie le 10 janvier 1910, est le résultat des *constatations* suivantes que j'ai pu faire soit dans le service du Dr Lermoyez, soit à la clinique du Dr Mahu.

Tous les ozéneux ont une *respiration nasale défectueuse*, des plus insuffisante ou le plus souvent totalement absente. Ce trouble respiratoire s'accompagne toujours de symptômes *anoxémiques* plus ou moins au complet, communs à tous les impotents et à tous les insuffisants de la respiration nasale : céphalée, vertiges, insomnies, cauchemars, ronflement, oppression, palpitations, asthénie, cryesthénie, nervosité, etc.

Aussi ce traitement se propose-t-il :

De restituer aux fosses nasales leur fonction, la respiration, et avec elle l'excitant physiologique et constant de l'organe : l'*air*, bactéricide de choix, grâce auquel la circulation, l'innervation, les sécrétions normales sont possibles, cet excitant étant aussi nécessaire à la vitalité de la muqueuse nasale que l'aliment à la vitalité de la muqueuse digestive. L'air amené aux poumons par sa voie physiologique acquiert un volume, une pression, une température, un degré hygrométrique, des qualités aseptiques indispensables, d'où amélioration de l'état général et disparition de tous les troubles fonctionnels anoxémiques accusés par les ozéneux.

(1) Travail de la clinique du Dr Mahu. — Communication au Congrès de la Société Française d'Oto-Rhino-Laryngologie. Mai 1911, Paris.

La *technique* de ce traitement repose, sur le réveil de la sensibilité et des sécrétions nasales à l'aide d'un courant d'air sec, puis humide, de pression variant de 0 à 5 kilos, projeté, d'une part directement sur tous les points de la muqueuse nasale d'avant en arrière sous forme de massage aérien ; d'autre part, envoyé suivant un rythme respiratoire physiologique dans chacune des fosses nasales non seulement à l'inspiration, mais également à l'expiration.

J'ai constaté :

1° Au fur et à mesure que la respiration se rétablit, la *sensibilité* de la muqueuse nasale augmente ; elle devient d'autant plus humide et colorée ;

2° L'*odeur* disparaît rapidement ;

3° Les *croûtes* font place à des mucosités épaisses, verdâtres, puis blanches ou molles, plus tard enfin à un simple mucus aqueux, plus ou moins abondant, d'aspect normal ;

4° L'*odorat* revient ;

5° L'*état général* s'améliore, les malades augmentent généralement de poids ;

6° Tous les *troubles fonctionnels* anoxémiques disparaissent ;

7° Finalement, le malade n'a plus de croûtes, plus d'odeur, ne fait *plus de lavages*, ne salit plus ses mouchoirs ;

8° Autant qu'il est possible de l'apprécier, l'*atrophie* semble *enrayée* ; parfois même la muqueuse s'épaissit, diminuant d'autant le calibre exagéré des fosses nasales.

Et ce qui est remarquable, c'est que très nettement la guérison véritable n'est obtenue que le jour où le malade a acquis une *respiration nasale constante*, diurne et nocturne : une amélioration, si grande soit-elle, est presque toujours l'indice que la respiration nasale n'est pas encore absolument continue. Aussi les résultats sont-ils d'autant plus rapides que le sujet respire plus fréquemment, plus continuellement, plus largement par le nez, augmentant ainsi sa ventilation nasale.

Cet *excès de ventilation* nasale, au contraire de la théorie de Zaufal, ne dessèche ni le nez ni le pharynx, mais les humidifie, et cela d'une façon indéniablement certaine.

HYPOTHÈSES PATHOGÉNIQUES.

La rhinite atrophique fétide se caractérise par la présence dans des fosses nasales élargies par atrophie lentement progressive des cornets, de grosses *croûtes* blanches ou verdâtres, moulées, exhalant une *odeur* caractéristique ; l'affection s'accompagne toujours d'abolition ou de diminution considérable de la *respiration nasale* ; le plus souvent aussi, elle se complique d'une diminution ou d'une perte totale de l'*odorat*. Cet état n'est que le résultat d'une lente évolution pathologique débutant généralement dans l'*enfance* par un catarrhe naso-pharyngien purulent, d'odeur fadasse avec hypertrophie de la muqueuse. Cette *hypertrophie* et cette *hypersécrétion* ne sont d'ailleurs qu'un mode ordinaire de réaction de cette muqueuse vis-à-vis des infections, quelles qu'elles soient.

Cette obstruction mécanique se complique rapidement d'impotence fonctionnelle nasale se manifestant par une *respiration buccale* permanente, et ce d'autant plus facilement, que, l'individu étant plus jeune, a des fosses nasales plus étroites, plus facilement obstruables, et est plus apte à acquérir et à conserver des habitudes fonctionnelles, vicieuses.

Ainsi l'organe respirateur nasal baigne dans du pus, ne reçoit plus l'excitant physiologique de ses sécrétions et de ses sensations, l'air ; l'organe ne remplit plus sa fonction ; il tend à devenir *cavité close*, sinon anatomiquement, du moins fonctionnellement ; les *anéarobies*, les associations microbiennes vont s'y développer à leur aise : comment s'étonner, cet état se prolongeant, que l'organe s'atrophie périphériquement, que ses centres fonctionnels bulbaires et cérébraux s'endorment, se parésient, se paralysent. Aussi à ce stade hypertrophique et infectieux du début fait suite le stade des *troubles trophiques* ;

1° *Atrophie* de la muqueuse et de ses éléments glandulaires, vasculaires, nerveux, ainsi que des plans osseux sous-jacents ;

2° *Diminution* des sécrétions, moins fluides, d'où formation d'abord de mucosités épaisses, plus tard de *croûtes* ;

3^e *Perversion* des sécrétions, d'où l'odeur et les pullulations microbiennes, le mucus nasal étant normalement antibactérien, antiputride, désodorisant ; à l'odeur fade du début, fait place à une odeur violemment âcre, extrêmement volatile, caractéristique de punaise écrasée (punaisie).

Et tous ces troubles s'enchaînent, pour, en s'additionnant, aggraver la maladie, véritable cercle vicieux. L'infection augmente parce que les sécrétions se tarissent et se pervertissent de plus en plus. — L'atrophie progresse parce que l'infection augmente, parce que le sujet respire de plus en plus mal par son nez et utilise de moins en moins cet organe. — La respiration est de plus en plus mauvaise, parce que les croûtes forment un obstacle mécanique ; parce que la muqueuse devient de plus en plus insensible, et que les malades sentent de moins en moins l'air passer par leur nez ; parce que la respiration buccale devient de plus en plus un *modus vivendi*, une habitude fonctionnelle vicieuse à laquelle ils adaptent leur respiration thoracique et tout leur individu. — Enfin les fosses nasales devenant de plus en plus vastes, le peu d'air que l'ozéneux peut encore faire passer par son nez acquiert une *pression* de moins en moins forte et devient un stimulant fonctionnel de moins en moins efficace, de plus en plus inutile.

Conciliant les deux théories pathogéniques actuellement en cours : théorie infectieuse, théorie tropho-névrotique, l'ozène serait ainsi une affection primitivement *infectieuse* (spécifique ou non) et secondairement fonctionnelle, *trophique*, par insuffisance, perversion ou suppression de la fonction.

Cette interprétation pathogénique de l'ozène semble être assez près de la vérité, car elle peut aussi bien expliquer l'ozène bilatéral que l'ozène unilatéral, que l'ozène trachéal, voir même l'otite moyenne ozéneuse : *l'infection, peut-être spécifique, des premières voies respiratoires et de leurs annexes, compliquée de troubles fonctionnels (circulation, innervation, sécrétions) des muqueuses qui les tapissent, par la diminution ou la suppression de leur aération physiologique, peut engendrer le syndrome ozène (atrophie, croûtes, odeur).*

Cette interprétation explique encore l'amélioration, trop souvent passagère, mais réelle, obtenue avec la plupart des nombreux traitements proposés jusqu'ici contre cette tenace affection. Tous n'agissent en effet qu'en *stimulant* par une série de traumatismes plus ou moins violents et des plus divers, mais toujours *artificiels* et *passagers*, la vitalité de la muqueuse ; aussi les bons effets de ces traitements cessent généralement avec la suppression de ce stimulant.

La *paraffine*, qui semble jusqu'ici avoir fourni les meilleurs résultats, a sur tous ces procédés l'avantage, d'une part, d'être un stimulant à peu près *permanent* bien qu'*artificiel* ; d'autre part, en réduisant le calibre des fosses nasales, loin d'en diminuer la ventilation, elle permet d'utiliser le peu d'air que ces malades peuvent encore aspirer par leur nez, en lui donnant une *pression* suffisante, pour pouvoir redevenir l'*excitant physiologique et continu* de la muqueuse. Mais pour que ce traitement par la paraffine soit efficace, il faut : qu'il y ait encore assez de muqueuse pour inclure cette paraffine ; que le malade soit encore, au moins partiellement, capable de respirer par le nez. Aussi, comme le recommande Robert Leroux, dans le paraffinage des cornets, est-il nécessaire de tenir compte du mécanisme respiratoire.

CONDITIONS DU TRAITEMENT.

Pour pouvoir entreprendre le traitement avec toutes les chances de réussite, il faut que :

Le malade ait la ferme *volonté* de guérir ;

Qu'il soit prêt à tous les sacrifices de *temps* ;

Qu'il ait une *intelligence* suffisante pour comprendre, d'une part, la nécessité de se débarrasser de sa maladie, d'autre part les bases physiologiques sur lesquelles reposent ce traitement ;

Être âgé d'au moins 10 ans ; avant cet *âge*, la volonté, le raisonnement sont insuffisants. Au-dessus de cet âge, il est absolument nécessaire que l'enfant soit suivi avec une attention de tous les instants et que la personne de l'entourage chargée de la surveillance du traitement s'y consacre tout entière.

En un mot, le *médecin*, comme dans toute rééducation, a un *collaborateur* immédiat et indispensable, le *malade* sans lequel il est impuissant. Il ne suffit pas que celui-ci sache se servir du moyen thérapeutique qu'on lui met entre les mains, il faut encore qu'il veuille s'en servir. Aussi est-ce dans la volonté et l'énergie du malade que réside presque exclusivement le pronostic thérapeutique :

La jeune fille, la femme, plus coquettes, guérissent plus facilement que l'homme, trop absorbé par ses affaires, souvent sceptique ; que l'enfant trop distrait, incapable de comprendre la nécessité de guérir et l'utilité des moyens employés. En conséquence, et dans une certaine mesure, il faut faire une place à la *psychothérapie*, à l'éducation de la volonté dans cette nouvelle méthode thérapeutique.

OBSERVATION DU MALADE.

Avant d'entreprendre le traitement, voici sur quel plan je conseille de prendre l'observation du malade :

Nom.

Age.

Profession.

Motif de la consultation.

Antécédents héréditaires.

Antécédents personnels.

Début de l'affection.

Contagion.

Traitements antérieurs.

Nombre de mouchoirs salis.

État des voies aériennes supérieures ;

Ailes du nez.

Cornets.

Muqueuse.

Méats.

Cavum.

Pharynx.

Larynx.

Trachée.

Oreilles.

Yeux.

Dents.

Examen respiratoire ;

Aspect du thorax.

Auscultation.

Ampliométrie ;

Spirométrie.

Respiration à la minute.

Examen de la circulation ;

Auscultation du cœur.

Nombre de pulsations.

Pression artérielle.

Glande thyroïde.

Examens divers ;

Tube digestif.

Urines.

Appareil génital.

Réflexes.

Troubles fonctionnels du malade ;

Odorat.

Douleurs.

Toux.

Fatigue.

Vertiges.

Oppression.

Palpitations.

Migraines.

Nervosité.

Cryesthésie.

Insomnie.

Cauchemars.

Ronflement.

Mentalité du sujet ;

Attention.

Volonté.

Intelligence

Entourage.

État général ;

Poids.

Taille.

Dynamomètre.

Diamètre bisacromial.

Formule de santé (R. Foy) =

$$\text{Poids : } \frac{\text{taille} \times \text{diamètre bisacromial} \times \text{indice épigastrique}}{4\,000}$$

L'indice normal de santé = 1.

L'indice plus grand que 1 est d'autant plus pathologique.

L'indice moins grand que 1 est d'autant plus signe de santé.

REMARQUE SUR L'AMPLIOMÉTRIE.

Par ampliométrie, il faut entendre la mesure des différences périmétriques entre une inspiration et une expiration forcées. C'est l'*indice respiratoire* de Broca. L'élasticité de la cage thoracique de par l'existence du vide pleural étant fonction de l'élasticité pulmonaire, mesurer l'une, c'est

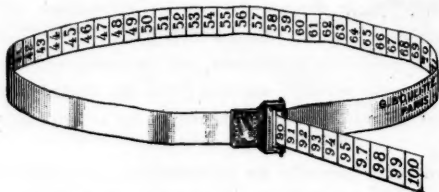


Fig. 1. — Ampliomètre thoracique.

connaître l'autre. Ces mensurations doivent se prendre au niveau du *creux axillaire*, du *creux épigastrique*, du *creux ombilical*. Normalement, la mesure de l'indice épigastrique, supérieur aux autres, donne à elle seule des renseignements suffisants sur la valeur fonctionnelle de la respiration du sujet. Aussi nous sert-elle dans l'établissement de la formule de santé.

Pour faciliter en clinique journalière la mensuration de ces indices, j'ai fait établir par Verdin-Boulitte un petit centimètre (*ampliomètre thoracique*, fig. 1) perfectionné par l'adjonction d'une boucle étroite dans laquelle peut glisser la partie libre du centimètre, grâce à un petit cylindre vertical ; le centimètre appliqué à l'étage respiratoire considéré se moule exactement sur la paroi sous-jacente, dont il suit tous les déplacements ; il se manie d'une seule main. La différence entre les deux chiffres extrêmes qui apparaissent

dans la fente de la boucle correspond à l'indice respiratoire de l'étage considéré.

Ces mensurations régulièrement prises chez les ozéneux montreront qu'au fur et à mesure que la respiration nasale et thoracique s'améliorent, l'ozène tend à disparaître.

PRÉPARATION AU TRAITEMENT.

Avant le traitement, pendant huit jours, le malade fera deux lavages par jour avec :

Eau chaude.....	1 litre.
Glycérine	2 cuillerées à bouche.

dans laquelle, on mettra V gouttes de teinture d'iode le premier jour, pour augmenter progressivement et quotidiennement cette dose jusqu'à XL gouttes maximum. La première semaine de traitement, on commencera à espacer les lavages, pour arriver, suivant l'état du malade, les résultats locaux et fonctionnels obtenus, à les *supprimer* totalement.

Pendant cette période de préparation, au cours du traitement, et après le traitement, s'il persiste quelques mucosités, le malade aspirera matin et soir par chaque narine la pommade suivante inspirée de la formule de Bourgeois :

Baume du Pérou.....	0 ^{sr} ,50
Poudre acide borique.....	1 gramme
Menthol	0 ^{sr} ,10
Vaseline blanche	25 grammes.

en tube d'étain.

Laisser fondre la pommade jusqu'à ce qu'elle tombe dans la gorge. Elle doit être crachée et non mouchée.

SÉANCE DE TRAITEMENT.

Le malade est assis ou debout, suivant sa résistance ; l'abdomen, le cou, les épaules sont absolument libres.

L'air utilisé est soit contenu dans des bouteilles obus, soit de préférence fourni par une canalisation urbaine.

Un *manomètre* détendeur règle la pression de cet air de 0 à

5 kilogrammes maximum. Du détenteur, l'air est amené à un robinet distributeur fixé sur la caisse protectrice du *barboteur*, ce qui permet d'envoyer dans les fosses nasales du sujet soit de l'air sec, soit de l'air humide (*barboteur*, fig. 5).

1° L'*air sec* est employé dans la première partie de la séance sous pression maxima progressivement atteinte de 5 kilogrammes, et ce pour *stimuler* au maximum la muqueuse nasale et aider à son nettoyage. Il est envoyé avec le *pistolet à air comprimé* (fig. 2) ; sur cet appareil (aspi-

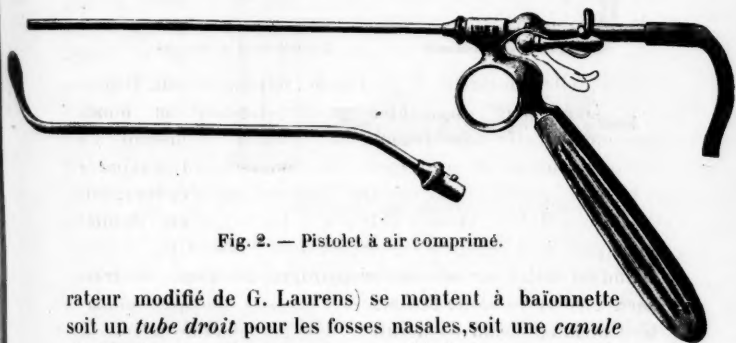


Fig. 2. — Pistolet à air comprimé.

rateur modifié de G. Laurens) se montent à baïonnette soit un *tube droit* pour les fosses nasales, soit une *canule de Vacher* pour le cavum ; une *pédale* à ressort, latéralement placée, permet l'ouverture et la fermeture progressives du courant sans à coups désagréables ou pénibles pour le malade.

Sur ce pistolet peut également se monter la série des *pulvérisateurs de Vilbis*, pour cocaïne, ou solutions médicamenteuses (fig. 3).

Avec cet appareil, l'air est envoyé sous pression progressive (maximum de 5 kilogrammes), d'abord avec un tube droit sur toute la muqueuse nasale, d'avant en arrière, principalement le long du cornet moyen et dans le méat moyen. Sous cette poussée d'air, la muqueuse se déprime, comme *massée* par un doigt invisible, rougit, sécrète un mucus blanchâtre qui entraîne avec lui des croûtes et des mucosités verdâtres, dissimulées dans les nombreux replis des fosses nasales ; il y a là un phénomène non seulement

mécanique, de *nettoyage*, mais aussi physiologique de *rééducation* des sécrétions et des sensations. La réaction de

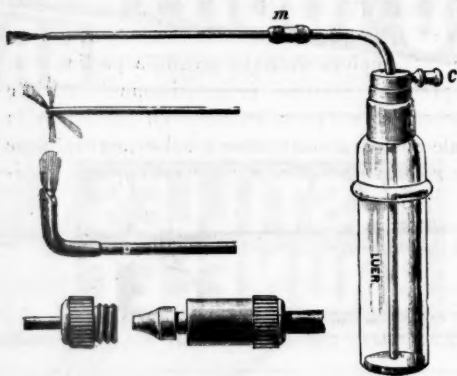


Fig. 3. — Pulvérisateur de Vilbis.

la muqueuse est d'autant plus violente (*l'armoie-ment*) que le malade est moins gravement atteint ou plus près de la guérison. Dans les cas d'ozène propagé ou localisé au cavum, il sera ensuite

fait usage de la *canule pharyngienne* de Vacher (fig. 2) adaptée au pistolet. L'air, sous pression progressivement croissante, sera envoyé pendant l'inspiration et l'expiration sans interruption, le malade respirant pendant ce temps profondément par le nez.

Ce jet violent d'air sous spéculum projette souvent hors des fosses nasales des mucosités dans la direction de l'opérateur; pour le protéger j'ai fait établir une *plaque mobile* en aluminium (fig. 4) s'adaptant instantanément à la périphérie du miroir de Clar et masquant entièrement le visage.

Cette première partie de la séance sera suivie d'un *badiageonnage* au nitrate d'argent à 1/50°.

Avec une seule *olive nasale* montée sur le conduit d'air sec, et tenue à la main, on enverra ensuite alternativement



Fig. 4. — Plaque protectrice pour miroir.

dans chacune des fosses nasales pendant quelques minutes de l'air sous pression progressivement croissante de 0 à 5 kilogrammes, suivant un *rythme* réglé sur la respiration, physiologiquement rythmée du sujet : inspiration lente et profonde, léger repos respiratoire, expiration lente et complète, long repos respiratoire entre l'inspiration et l'expiration. On prépare ainsi le malade à respirer avec les deux olives.

2° L'air humide sera envoyé dans la seconde partie de la séance avec une pression progressivement croissante de 0 à 3 kilogrammes maximum.

Le barboteur sera rempli au quart d'eau. On fera usage des *deux olives nasales* : ces olives en métal nickelé, (fig. 5) sont formées de deux conduits accolés, le supérieur amenant l'air comprimé dans les fosses nasales, l'inférieur laissant celles-ci en communication constante avec l'extérieur, permettant à l'expiration de se faire à l'air libre et mettant à l'abri de tout danger, par excès de pression, les cavités de la face et l'oreille moyenne. Ces deux olives, réunies au conduit du barboteur, et supportées par une *tige articulée* en tout sens sur un ressort de miroir frontal, placé lui-même sur la tête du sujet, seront introduites simultanément dans chacune des fosses nasales. Pendant une dizaine de minutes, le sujet sera entraîné à *respirer rythmiquement* comme il a été précédemment indiqué, tout en dilatant au maximum sa cage thoracique, dilatation qu'il contrôlera à l'aide de ses propres mains placées à plat de chaque côté de cette paroi.

A l'aide de la *manette* du barboteur ou du détenteur, l'air comprimé sera envoyé non seulement pendant l'*inspiration*, mais aussi après une légère interruption ou contact pendant l'*expiration*, d'une part pour prolonger l'expiration du sujet, d'autre part pour forcer la masse d'air immobilisée entre deux courants contraires, à pénétrer par distension dans tous les replis des cavités nasales.

A l'*inspiration*, le malade rétractera la région inférieure de l'abdomen (Thooris) et dilatera la région épigastrique (Rosenthal). — A l'*expiration*, il rétractera progressivement,

mais le plus possible, toute la région gastro-abdominale et thoracique afin de chasser le maximum d'air de sa poitrine.

Suivant l'état du sujet, suivant son assiduité à pratiquer dans le courant de la journée les exercices prescrits, ces séances seront ou journalières, ou tri-hebdomadaires ; au fur et à mesure des progrès, elles seront espacées, une séance hebdomadaire pouvant suffire en fin de traitement.

NOMBRE DE SÉANCES.

Le nombre de séances sera des plus variable : dix, vingt, quarante, en un, deux ou trois mois de traitement. On peut calculer sur une *moyenne de quinze séances*. Mais tout dépend de la situation sociale du malade d'une part, de sa volonté de guérir et du temps qu'il peut consacrer au traitement d'autre part. Il faut que le médecin, le malade et son entourage s'arment de patience. Après trente ou quarante séances, en cas de résultats insuffisants, interrompre le traitement pour le reprendre quelques mois plus tard, le malade entre temps continuant ses exercices et modifiant seul lentement, mais sûrement, la vitalité de sa muqueuse.

PRESCRIPTIONS AU MALADE.

Le malade, rentré chez lui, devra, condition *sine qua non* de traitement, respirer par son nez le plus fréquemment possible. Dans ce but, on lui prescrira, dès le début, un certain nombre d'*exercices* les uns des plus importants, indispensables, les autres plus accessoires :

1° *Mobilisation des ailes du nez*. — Les ailes du nez doivent être mobiles et s'écarter à l'inspiration.

Le sujet s'exercera pendant la première semaine à développer cette mobilité.

a. Après en avoir vaseliné les branches et réglé la tension, introduire dans les fosses nasales le *petit dilateur à ressort* des ailes du nez (fig. 6), et le fixer par l'élastique qui

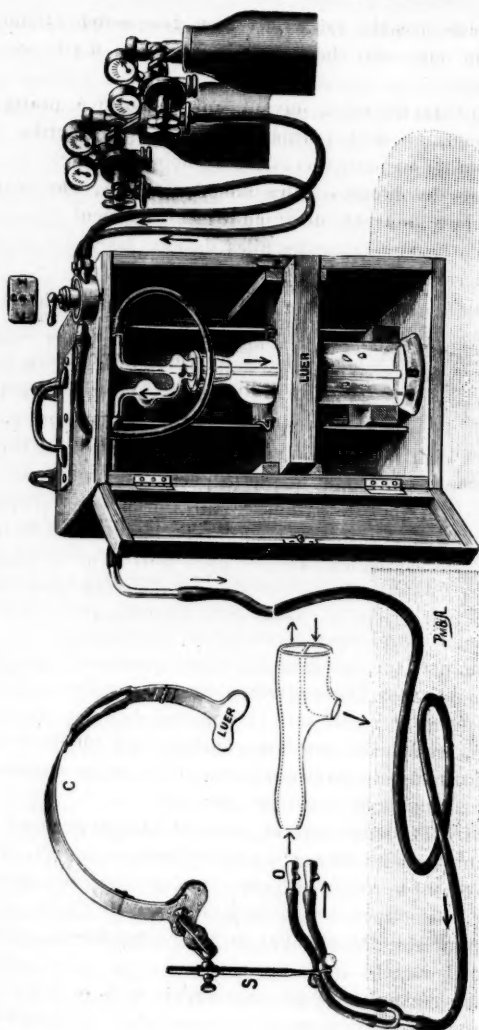


Fig. 5. — Respirateur nasal à pression.

Remarque. — Comme on le verra dans le texte, cet appareil a subi quelques modifications.

doit passer derrière les oreilles. Avec les deux index, appliquer les ailes du nez contre la cloison, puis les lâcher brusquement; celles-ci se trouveront mécaniquement dilatées par les branches du ressort; à ce moment, aspirer largement et profondément par le nez. Et ainsi de suite une vingtaine de fois.

b. Retirer le dilatateur. Appliquer contre la cloison les ailes du nez à l'aide des deux index et chercher à repousser ces deux doigts en dilatant les ailes du nez, les index représentant la résistance à vaincre.

c. Devant une glace, par un seul effort de volonté, chercher à mobiliser les ailes du nez et à rendre synchrone, leur dilatation avec une inspiration nasale.



Fig. 6. — Dilatateur des ailes du nez à ressort.

2° *Exercices respiratoires.*
— Le premier exercice que je vais décrire est *fondamental* et forme la base même du traitement; dans nombre de cas, il est suffisant à lui seul, si bien exécuté, pour obtenir

la guérison, et développer la respiration thoracique.

Trois fois par jour, pendant dix minutes environ, avec des intervalles de repos, successivement dans les positions *assis*, *couché*, *debout* (se régler sur l'état général du sujet), le cou, l'abdomen, les épaules absolument libres, les mains à plat sur la région inférieure du thorax, respirer lentement et profondément par le nez, avec le rythme suivant :

— *Inspiration* lente tout en dilatant progressivement et au maximum les ailes du nez; pendant l'inspiration, rétracter progressivement la région inférieure de l'abdomen et soulever l'épigastre. — *Court repos* respiratoire. — *Expiration* lente et complète. Pendant l'expiration, rétracter progressivement le thorax, le creux épigastrique et la paroi abdominale, afin d'expulser le maximum d'air de la poitrine. — *Long repos* respiratoire avant de reprendre une nouvelle inspiration.

Au début du traitement, ces exercices seront avantageusement pratiqués avec le petit *dilatateur* des ailes du nez (fig. 6).

3° *Exercices complémentaires.* — Au fur et à mesure des progrès fonctionnels, de l'amélioration de l'état général, de l'augmentation de la résistance du sujet, on adjoindra à l'exercice précédent des exercices un peu plus complexes, principalement des exercices d'*assouplissement* :

Flexion latérale du tronc.

Flexion antéro-postérieure du tronc.

Rotation du tronc.

Puis quelques exercices respiratoires avec *mouvements des membres supérieurs* et inférieurs, en faisant usage par exemple de haltères dites automatiques à poids réglables.

Remarque importante. — En dehors de ces exercices, le malade devra respirer continuellement et largement par le nez, et de temps à autre, dans la journée, faire quelques longues et profondes respirations nasales. Le malade s'habituerà à *marcher* rapidement en rythmant son pas par un balancement des bras, en faisant une respiration lente et complète sur environ cinq ou huit pas. La marche devient seulement ainsi un exercice respiratoire et musculaire.

4° *Prescriptions hygiéniques.* — Se lever de très bonne heure. Se coucher la digestion faite. Bien mastiquer en mangeant. Hydrothérapie froide le matin au réveil si possible. Vivre le plus possible à l'*air* et à la *lumière*. Surveiller les fonctions intestinales.

5° *Prescriptions médicamenteuses.* — Elles ne sont pas indispensables, mais peuvent être avantageusement utilisées pour aider à l'amélioration de l'état général et à la *modification du terrain* sur lequel évolue l'affection.

Suivant les individus, on pourra avoir recours :

Aux préparations *recalcifiantes*.

Aux préparations *arsenicales* ou ferrugineuses.

Chez les femmes présentant des troubles génitaux, on aura recours à des extraits *opothérapiques ovariens*.

Chez quelques malades présentant des troubles voisins du syndrome d'insuffisance ou d'instabilité thyroïdiennes, suivant

les conseils de Delacour, je me suis fort bien trouvé de la prescription de *thyroïdine* à ces malades.

6° *Mouchage*. — Enfin il faudra, chez les ozéneux, faire l'éducation du mouchage, fonction qu'ils exécutent le plus souvent défectueusement.

Pour se moucher, il faut :

Prendre une bonne inspiration nasale ;

Boucher alternativement chacune des deux fosses nasales à l'exclusion de l'autre, qui doit rester largement ouverte ;

Souffler fortement en prolongeant l'expiration, pour chasser par cette unique fosse nasale tout l'air de la poitrine.

7° *Soins consécutifs*. — Le malade ne sera considéré comme guéri que lorsque, depuis un minimum de *deux mois*, il n'aura plus d'odeur, de croûtes, et qu'il ne fera plus de lavages.

Au cas où il persisterait quelques *mucosités*, continuer la pommade une fois par jour.

Enfin, en cas de rechute, généralement légère, reprendre tout le traitement pendant une quinzaine (cinq à dix séances) ; prescrire un *régime respiratoire* sévère, et tout reviendra rapidement dans l'ordre.

Aussi, malgré toutes les apparences de la guérison, et pour éviter ces rechutes, le malade fera sagement de consacrer tous les matins dix minutes à respirer par son nez suivant l'exercice fondamental précédemment décrit, afin d'entretenir la fonction de cet organe.

OBSERVATIONS.

Voir également les observations I à IX dans les *Annales des maladies des oreilles et du larynx*, n° 12, 1910.

OBSERVATION X. — M^{lle} R. O..., 20 ans, vient me consulter en octobre 1909 pour sa respiration continuellement buccale. — Tous les signes fonctionnels anoxémiques. La respiration thoracique est des plus superficielle.

La malade asphyxie dès qu'elle ferme la bouche. Les ailes du nez s'accrochent fortement à la cloison, à la plus légère inspiration nasale. — O² bilatéral léger ; odeur caractéristique surtout le matin

au réveil. — Croûtes peu abondantes, mais nettement moulées. — Soignée antérieurement par pommades et poudres. — Guérison absolue en 20 séances de traitement par la rééducation respiratoire nasale. — La malade, revue le 5 avril 1911, a conservé depuis plus d'un an et demi les bénéfices du traitement.

OBSERVATION XI. — *Violette R...*, 48 ans, vient consulter à Saint-Antoine, le 20 décembre 1909, parce qu'elle mouche des croûtes verdâtres, dures, d'odeur infecte, écartant d'elle ses camarades d'atelier. Pharyngite sèche des plus accentuée. La maladie a débuté dans l'enfance. Soignée en premier lieu à Saint-Antoine, par lavages, poudre et pommade, puis adressée au Dr Beclère pour tenter le traitement par la haute fréquence : Avant ce traitement, le côté droit seul était réellement atteint ; le côté gauche ne présentait qu'un catarrhe muco-purulent. A la suite de la haute fréquence, la maladie s'aggrave du côté droit et gagne rapidement le côté gauche, qui se met à son tour à produire d'énormes croûtes d'odeur infecte.

Lors de mon examen, la malade est incapable de respirer par son nez et ne sent absolument pas l'air passer ; l'odorat est totalement absent. Atrophie complète à droite ; atrophie du cornet inférieur à gauche. L'orifice narinaire est des plus étroit, et les ailes du nez, flasques, s'accolent à la cloison. La malade présente les troubles fonctionnels suivants : migraines, vertige, dyspnée, cauchemars, ronflement.

Fait trois lavages par jour et salit cinq mouchoirs.

L'état général est mauvais ; la malade est mal réglée.

Le 1^{er} avril 1910, après 40 séances de traitement, la malade est très améliorée. Le côté gauche est guéri, le côté droit a encore quelques croûtes ; la malade salit un mouchoir par jour et fait un lavage quotidien. L'odorat est revenu. La respiration nasale est améliorée ; toutefois, elle n'est pas encore absolument constante, la malade étant toujours obligée de se surveiller. Je renvoie la malade au mois d'octobre en lui prescrivant des exercices à pratiquer régulièrement matin et soir et un lavage par jour.

Le traitement est repris en octobre 1910 à la clinique du Dr Mahu : les exercices qu'elle a pratiqués régulièrement l'ont très améliorée ; elle ne fait plus qu'un lavage tous les deux jours et ne mouche qu'une croûte ou plutôt une mucosité épaisse de temps en temps. Je refais 15 séances de rééducation, à raison de 2 par semaine. En décembre, la malade présente tous les aspects de la guérison. Encore quelques petites mucosités blanchâtres. La respiration

nasale est maintenant constante. Je fais cesser tous les lavages et ordonne seulement de continuer quelques exercices tous les matins. En février, la malade continue à aller fort bien. Je fais quelques badigeonnages au nitrate d'argent. Voici cinq mois que la malade n'a plus de croûtes, ni d'odeur, ne fait plus de lavages et ne salit plus ses mouchoirs.

Elle respire bien par son nez ; l'odorat est entièrement revenu, l'état général est excellent. La muqueuse nasale est rouge, humide ; encore quelques petites mucosités blanchâtres à droite.

OBSERVATION XII. — M^{me} L... m'est adressée par le Dr Grossard, le 28 janvier 1910. Agée de 30 ans, mariée, mère de deux enfants. O³ bilatéral des plus accentué, avec odeur des plus violente. Fait trois lavages par jour, salit cinq mouchoirs. L'orifice narinaire est des plus étroit.

La muqueuse nasale, absolument insensible, est décolorée et sèche.

Pas d'odorat. Respiration nasale totalement impossible. Pharyngite sèche. Laryngite et trachéite catarrhales chroniques avec rejet parfois de mucosités verdâtres et épaisses. La malade est sujette à des poussées de sinusite frontale (coliques) au moindre refroidissement, avec à la suite de la crise rejet abondant de mucosités verdâtres en penchant la tête en avant. Troubles fonctionnels nombreux et accentués : migraines, vertiges, oppression, asthénie, crises de nerfs, troubles génitaux nets.

De janvier à avril 1910, je fais 40 séances de traitement. Grande amélioration, mais pas guérison. La malade se trouve en effet suspecte, d'une part, de sinusite frontale chronique, bien que depuis le début du traitement toute crise frontale et tout écoulement de pus aient totalement disparu ; d'autre part, étant vendeuse dans un grand magasin, elle se trouve respirer un air confiné, chaud, humide, poussiéreux, des plus favorable au développement de l'affection.

Enfin elle n'a que fort peu de temps à consacrer au traitement.

Malgré toutes ces conditions défavorables, elle est très améliorée : Plus d'odeur. Encore quelques croûtes. Plus de troubles fonctionnels. Elle ne salit plus qu'un mouchoir par jour et ne fait qu'un lavage. — Je la revois en octobre 1910. Elle a passé deux mois de vacances au grand air, sans faire de lavage, sans croûtes et sans odeur, mais pratiquant régulièrement ses exercices. Depuis un mois qu'elle a repris ses occupations, elle a dû recommencer ses lavages quotidiens. Je refais 40 séances de traitement, et suivant

en cela les idées de Delacour, cette femme présentant des troubles fonctionnels génitaux, je lui prescris de l'ocréine.

Le 5 avril 1911, la malade est améliorée remarquablement, et n'était que par précaution, elle tient à faire deux lavages par semaine, elle présente toutes les apparences de la guérison. Plus de croûtes, plus d'odeur. Odorat parfait. Respiration nasale excellente. Encore quelques mucosités à gauche. Aussi, étant donné sa profession et l'air vicié qu'elle respire dans la journée, je lui permets de faire ses deux lavages par semaine.

OBSERVATION XIII. — M. L..., 18 ans, chanteur, m'est adressé par Gaston Poyet le 2 mai 1910. Atteint de O³ bilatéral très avancé. Début dans l'enfance. Salit 5 mouchoirs et fait 2 lavages par jour. Respiration nasale possible, mais insuffisante. Le malade ne sent pas l'air passer par son nez. Muqueuse pâle, décolorée, recouverte de croûtes d'aspect et d'odeur caractéristiques. Pharyngite sèche plus accentuée.

Laryngite catarrhale chronique. Migraines, asthénie. — État général excellent, ce malade est un véritable athlète, il a une capacité respiratoire de 5 litres. Jusqu'au 10 juin, je lui fais 20 séances de traitement. Le malade, à part quelques mucosités nasales, présente toutes les apparences de la guérison. Plus de croûtes, plus d'odeur, plus de lavages, plus de migraine, plus d'enrouement, plus de pharyngite sèche.

La voix, au dire de son professeur, est considérablement améliorée.

Je le revois le 20 octobre 1910 : la guérison a persisté.

Le 10 novembre, il attrape la grippe. Petite rechute.

Mais pas d'odeur. Un seul mouchoir sali par jour. D'ailleurs il mouche plutôt de grosses mucosités que des croûtes véritables.

Je refais 10 séances, et tout revient en bon état.

Le 9 janvier 1911, je revois le malade en bon état. Il y a encore quelques petites mucosités blanchâtres. Je fais 6 séances de badiageonnage au nitrate.

Le 5 mai, le malade est en parfait état ; il ne fait plus de lavages depuis un an. Pas de croûtes, pas d'odeur. Il persiste un peu de mucus blanchâtre.

OBSERVATION XIV. — M^{lle} D..., 20 ans. Cette malade, atteinte de O² bilatéral, très avancé, est soignée depuis un an à la clinique du Dr Mahu par lavages et pommades. On lui a également retiré des végétations adénoïdes le 2 mars. Malgré ce traitement, elle

continue à moucher des croûtes, à avoir de l'odeur et à respirer par la bouche continuellement.

Elle m'est confiée le 19 septembre 1910.

La malade ne peut respirer par son nez; les ailes du nez sont aspirées à la moindre inspiration. Tous les troubles fonctionnels anoxémiques. Je fais cesser tout lavage et la met au régime respiratoire.

Après 16 séances, le 25 novembre 1910, la malade peut être considérée comme guérie. Le pharynx est humide. La respiration nasale est constante. Plus de croûtes, plus d'odeur, pas de lavages.

Le 20 janvier, elle présente encore toutes les apparences de la guérison.

OBSERVATION XV. — M^{lle} C..., 13 ans. Atteinte depuis l'enfance de rhinite atrophique type, bilatérale, O² à gauche, O³ à droite. Antérieurement soignée par M. Mahu par la paraffine qui l'a améliorée; mais elle a encore des croûtes et de l'odeur dès qu'elle cesse ses lavages.

Elle m'est confiée à la clinique le 10 septembre 1910. La malade est incapable de respirer par le nez; elle se plaint de migraines fréquentes, d'insomnies; elle ronfle la nuit, elle a un très mauvais appétit; son état général est des plus insuffisant; elle pèse 40 kilos.

Indice respiratoire épigastrique égale 3 centimètres.

Le 24 décembre, après 20 séances de traitement, la malade présente toutes les apparences de la guérison: plus de croûtes, plus d'odeur, plus de lavages. Respiration nasale parfaite. Encore quelques mucosités. Elle a augmenté de 3 kilos.

Revue le 20 mars. Elle pèse 44^{kg},500. L'indice épigastrique égale 10 centimètres. Depuis quatre mois, elle ne fait plus de lavages; plus de croûtes, plus d'odeur. Un peu de mucus blanc, normal, facilement mouché.

La muqueuse est bien rosée et humide. Pas de pharyngite sèche.

OBSERVATION XVI. — M^{lle} C..., 13 ans; fille d'une infirmière de la clinique Tarnier. Vient consulter le 23 septembre 1900 parce qu'elle mouche des croûtes volumineuses, d'odeur infecte, l'expulsion de ces croûtes étant fréquemment suivie d'épistaxis. La maladie a débuté dans l'enfance; l'enfant vivant à la campagne n'a jamais été soignée. M. Mahu me la confie à sa clinique, parce que la paraffine est impossible. L'atrophie est en effet bilatérale et des plus avancée. Elle salit trois mouchoirs par jour. La voix

est voilée ; elle a de la pharyngite sèche très accentuée. Elle se plaint de migraine, de cauchemars, d'oppression, de palpitations. La respiration nasale est impossible : elle ne sent pas l'air passer dans son nez. Odorat très diminué.

L'état général est des plus mauvais. La malade a eu une pleurésie il y a quatre ans ; elle a des bronchites fréquentes ; elle a été envoyée six mois à Hendaye. L'auscultation montre une inégalité respiratoire entre les deux sommets ; le murmure vésiculaire est des plus superficiel ; les bases sont absolument silencieuses. Elle pèse 49 kilos. L'indice respiratoire xiphoidien égale 3 centimètres.

Le traitement est commencé le 23 septembre. La malade n'ayant jamais eu antérieurement de lavages, je crois bon de ne pas lui en ordonner. Le 18 novembre, à la dix-huitième séance, la malade présente tous les aspects de la guérison. Elle a augmenté de 2^{re}, 500. Plus de croûtes, plus d'odeur, plus de troubles fonctionnels ; l'indice épigastrique égale 10 centimètres.

Plus d'inégalité respiratoire des sommets ; le murmure vésiculaire s'entend dans toute la hauteur. Le malade ne tousse plus ; la voix est claire. L'état général se transforme à vue d'œil. Revue le 23 décembre, la guérison persiste. M. Mahu fait ajouter sur l'observation la note suivante : « Cette malade, malgré des fosses nasales très vastes, n'a plus de croûtes ni d'odeur, malgré le rétablissement d'une ventilation nasale, et même plus que normale, ce qui infirme la théorie de Zaufal. » *

Le 10 avril 1914, elle continue à aller parfaitement bien (huit mois). Elle pèse actuellement 53 kilos.

La malade continue régulièrement ses exercices.

OBSERVATION XVII. — M^{lle} R..., 16 ans, m'est adressée par le Dr Mahu.

Elle est atteinte depuis l'enfance de rhinite atrophique (croûtes, odeur).

Soignée par lavages, pommades, enfin par paraffine ; ce dernier traitement l'a fortement améliorée ; mais elle mouche encore de grosses mucosités épaisses et malodorantes dès qu'elle cesse ces lavages. Salit cinq mouchoirs par jour. Elle fait deux lavages quotidiens.

Très mauvais état général ; très asthénie ; elle se plaint de migraines, de vertiges, de palpitations. La respiration buccale est constante. Les yeux suintent continuellement (conjonctivite chronique). Le traitement est commencé le 10 octobre 1910 et cessé le 1^{er} novembre. Après 20 séances, la malade ne fait plus de lavages, ne salit plus ses mouchoirs ; il n'y a plus d'odeur ; la respiration

nasale est restituée. L'état général est très amélioré ; elle a augmenté de 3 kilos. La conjonctivite est presque complètement disparue. Un mois après la cessation du traitement, le bon état persiste. Je n'ai pu continuer à suivre cette malade, répartie en Amérique du Sud.

OBSERVATION XVIII. — M^{lle} P..., 32 ans. M'est adressée par le D^r Mahu le 26 décembre 1910.

Elle est atteinte de O² bilatéral, très avancé, datant de l'enfance. Traitée par M. Mahu par la paraffine : 18 piqûres en trois ans. Améliorée, mais continue à faire des lavages sous peine de voir réapparaître croûtes et odeur.

La malade présente tous les troubles fonctionnels anoxémiques.

De plus, outre les signes évidents d'exophtalmie, elle est fortement *minus habens*. Enfin elle dit n'avoir jamais été réglée. La respiration buccale est constante.

Le traitement est commencé le 26 décembre 1910. Après la vingtième séance, la malade n'est améliorée, en ce sens, qu'ayant supprimé tout lavage, elle respire beaucoup mieux par son nez ; elle n'a plus d'odeur, elle ne mouche plus de croûtes, mais encore des mucosités épaisses.

Devant la mentalité de la malade qui considère les exercices comme une corvée à laquelle elle cherche à se soustraire le plus possible, j'ajourne *sine die* la reprise du traitement, la malade se trouvant actuellement très satisfaite du résultat obtenu : la cessation des lavages.

OBSERVATION XIX. — M^{lle} B. R..., 28 ans, vient me trouver parce qu'elle ne peut respirer par son nez et qu'elle mouche par la narine droite des croûtes malodorantes. De plus son oreille droite est atteinte d'otorrhée chronique. La fosse nasale droite est très vaste, atteinte de O² très avancé. La fosse nasale gauche est étroite et le cornet inférieur légèrement hypertrophié.

La malade se plaint de migraines, vertiges, asthénie, insomnies. Elle est mal réglée, elle a un état général des plus mauvais.

Le traitement respiratoire est appliqué le 10 février 1910. En un mois, après 10 séances, la malade ne mouche plus de croûtes par sa narine droite ; il n'y a plus d'odeur. Son otorrhée s'est arrêtée. Elle respire parfaitement bien par son nez. L'état général s'améliore. Le 8 mai, la guérison persiste depuis deux mois.

OBSERVATION XX. — M. V..., métreur, 49 ans.

4 mars 1910. — Vient consulter à la clinique du Dr Mahu pour rhinite atrophique fétide O² à gauche, O³ à droite ; croûtes, odeur des plus intense. 4 piqûres de paraffine.

20 juin 1910. — 4 piqûres de paraffine.

9 septembre 1910. — Léger mieux.

Nouvelle série de 4 piqûres.

10 octobre 1910. — Côté gauche bon état. Côté droit encore des sécrétions purulentes. Le malade fait encore un lavage quotidien ; il y a encore de l'odeur.

6 février 1911. — La malade m'est confié à cette date ; j'ordonne des lavages iodés et je commence le traitement respiratoire.

Le muqueuse est pâle, insensible ; la respiration nasale est impossible. L'odorat est très diminué. Troubles fonctionnels anoxémiques.

31 mars 1911. — Plus de croûtes, plus d'odeur. Mucosités dans le pharynx. Je fais cesser les lavages et ordonne badigeonnages au nitrate d'argent.

14 avril 1911. — Le malade présente, sauf quelques mucosités fluides dans le cavum, toutes les apparences de la guérison. La muqueuse nasale est rouge et humide, la respiration nasale parfaite.

1^{er} mai 1911. — Depuis un mois, sans lavages, le malade a toutes les apparences de la guérison ; encore un peu de mucus dans le cavum.

OBSERVATION XXI. — M. L..., étudiant en droit, 24 ans, vient consulter à la clinique le 10 mars 1911.

Rhinite atrophique ozéneuse plus marquée à droite qu'à gauche, datant de plusieurs années.

Respiration nasale impossible.

Oppression, palpitations, ronflement, migraines, insomnies.

Pharyngite sèche, cavum très infecté.

Odeur caractéristique, croûtes, dont l'expulsion entraîne parfois une légère épistaxis.

État général excellent.

Ordonne huit jours de lavages iodés, et je commence de suite le traitement.

17 mars 1911. — Amélioration ; je fais cesser les lavages.

10 avril 1911. — En dix séances, guérison complète ; un peu de mucus dans le cavum.

5 mai 1911. — Le malade ne fait plus de lavages depuis deux mois et a cessé tout traitement depuis un mois.

Plus de croûtes, plus de lavages, plus d'odeur.

Respiration nasale parfaite.

Plus de troubles fonctionnels.

La muqueuse nasale est rouge, humide et sensible.

OBSERVATION XXII. — M^{me} V..., m'est adressée par le Dr Mahu fin mars 1911.

Depuis l'enfance, mouche des croûtes et a de l'odeur.

Atteinte de O² bilatéral très avancé.

M. Mahu lui fait depuis un an deux séries de piqûres de paraffine.

La malade est très améliorée en ceci que, avec un lavage par jour, elle n'a plus de croûtes ni d'odeur. Mais dès qu'elle cesse ses lavages pendant deux ou trois jours, quelques croûtes réapparaissent avec une légère odeur.

La malade respire continuellement par la bouche et asphyxie dès qu'on cherche à la lui faire fermer.

Odorat presque nul. — Migraines constantes.

En six séances la malade, voulant à tout prix guérir, exerçant et surveillant sa respiration d'une façon continue, présente toutes les apparences de la guérison.

Actuellement, depuis un mois, sans faire de lavages, elle n'a plus de croûtes, plus d'odeur, plus de migraines, et sa respiration nasale est parfaite.

Elle continue régulièrement tous les matins ses exercices, et rien ne fait prévoir une rechute.

OBSERVATIONS DIVERSES.

A ces observations, il faut ajouter une vingtaine de malades ayant une infection chronique du naso-pharynx compliquée de troubles fonctionnels de la respiration nasale. Ces malades, sans être des ozéneux, avaient des mucosités épaisses, légèrement odorantes ; mais pas de croûtes ; affection débutant à l'âge adulte, pas d'atrophie, ou rétraction légère du cornet inférieur. Le rétablissement de la respiration nasale, complété par quelques soins antiseptiques, a toujours guéri ces malades.

ÉCHECS.

Je dois enfin déclarer 10 échecs ou améliorations insignifiantes, chez des ozéneux.

Quatre de ces malades étaient des enfants tout jeunes, chez qui toute rééducation était absolument impossible.

Deux autres étaient des jeunes gens, chez qui l'apathie était telle, l'état général si défectueux qu'il m'a été impossible de restituer le bon fonctionnement non seulement du nez, mais de tous les organes respiratoires.

Quatre autres malades (1 femme, 1 jeune fille, 2 hommes) n'ont pu reprendre une respiration nasale physiologique, par mauvaise volonté, par non-exécution des exercices prescrits, ces malades considérant les séances médicales comme devant être suffisantes.

CONCLUSIONS.

Plusieurs *propositions* peuvent être posées comme conséquence de tout ce qui précède.

1° Dans l'ozène, les *croûtes* et l'*odeur* ne sont pas, comme le pensait *Zaufal* la conséquence d'un *excès de ventilation* des fosses nasales : l'ozéneux ne ventile pas ses fosses nasales. Nombre d'individus ont des fosses nasales trop larges et n'ont pas d'ozène ; ils respirent par le nez. La ventilation exagérée, telle que je la pratique avec l'air comprimé, ne dessèche ni les fosses nasales ni le cavum, ni le pharynx, mais humidifie les muqueuses et liquéfie leurs sécrétions. Les résultats de ce traitement sont, d'une façon indéniablement certaine, fonction du rétablissement plus ou moins parfait, plus ou moins rapide, de la ventilation nasale physiologique.

2° Dans l'ozène, l'*odeur* semble être due à la pullulation des *anaérobies*. Dès que la ventilation nasale est rétablie, même partiellement, l'odeur est le premier symptôme à disparaître. Certains individus ont de l'atrophie, des croûtes, mais n'ont pas d'odeur : leur respiration nasale n'est qu'insuffisante.

3° Les *croûtes* semblent être la conséquence du *manque de ventilation* des fosses nasales, l'air agissant mécaniquement sur la muqueuse respiratoire, pour entretenir la sensibilité, stimuler les sécrétions, entraîner les mucosités et drainer les conduits glandulaires. Une ventilation nasale, continue,

suffisante en *volume* et en *pression*, enraye la formation des croûtes.

4° Une ventilation nasale insuffisante n'est pas tout l'ozène. Il faut encore et nécessairement que le *trouble fonctionnel* coïncide avec une *infection chronique* des voies aériennes supérieures, qui, toujours, précède le syndrome ozène : atrophie, croûtes, odeur ; ce catarrhe naso-pharyngien, muco-purulent, survit parfois d'une façon tenace à la disparition de l'odeur et des croûtes et est toujours le *dernier symptôme* à disparaître. Certains sujets ont des cavités nasales trop larges, ont une ventilation nasale insuffisante, mais n'ont pas d'ozène ; ces malades n'ont pas de catarrhe chronique du naso-pharynx. Ce catarrhe chronique semble donc être toute la maladie, les troubles fonctionnels respiratoires n'en étant qu'une *complication* et engendrant croûtes et odeur.

5° Quelle est la *nature* de cette infection muco-purulente chronique ?

Est-ce de la syphilis (Lasègues) ?

De la tuberculose (Caboche-Lombard) ?

Un trouble des sécrétions internes (Delacour) ?

De la diphtérie (Belfanti) ?

De l'eczéma (Schönemann-Jouty) ?

De la sinusite ?

De l'ostéite (Laverand Grunewald) ?

Est-ce une affection spécifique (Pérez-Abel) etc. ?

Je n'ai pas à discuter ici ces diverses hypothèses.

Il se peut, toutefois, que ce ne soit qu'un catarrhe naso-pharyngien *banal*, polymicrobien, et partant *contagieux* (Lermoyez), d'autant plus tenace que plus ancien, et localisé en des régions plus inaccessibles ; la syphilis, la tuberculose, l'eczéma étant un terrain favorable à son développement les sinusites, l'ostéite n'étant qu'une complication.

6° Le traitement de l'ozène doit donc consister :

a. A rétablir une *ventilation* et une *pression* intra-nasale suffisantes.

La *paraffine* (Moure et Brindel, Lermoyez et Mahu, Bræckaert, R. Leroux, etc.), peut dans certains cas être un auxiliaire utile, mais non indispensable et pas toujours praticable,

la diminution du calibre des fosses nasales qu'elle produit, contribuant à augmenter la *pression* de l'air respiré (excitant physiologique).

b. A combattre le catarrhe naso-pharyngien chronique, substratum de la maladie, par des *antiseptiques*, comme l'iode et le nitrate d'argent (Moure).

7° Tout individu ayant une ventilation nasale insuffisante, s'il s'infecte peut avoir à la longue des croûtes et de l'odeur. Tout individu ayant de l'infection nasale chronique peut avoir des croûtes et de l'odeur, si la fonction respiratoire nasale devient insuffisante.

8° Les antiseptiques, dans les cavités aériennes supérieures infectées, n'agissent efficacement que si l'on ventile largement ces cavités, les muqueuses qui les tapissent ne pouvant remplir leurs multiples fonctions qu'en présence de cet air pour lequel elles sont anatomiquement et physiologiquement adaptées, indispensable à leur *vitalité*.

9° *Élargir, désinfecter, ventiler* les voies aériennes supérieures, dans les infections nasales, voici ce qui semble se dégager de ces faits, sur lesquels reposent mes hypothèses, que deux années de pratique et d'observations semblent confirmer.

10° Puis-je dire que ce nouveau traitement guérit l'ozène ?

La prudence scientifique m'impose de ne pas tirer une conclusion définitive de ces faits, aussi concluants soient-ils.

Mais je puis dire que :

Un ozéneux qui veut se donner la peine de respirer largement et régulièrement par son nez, de continuer à pratiquer chaque matin pendant cinq à dix minutes, des exercices de respiration nasale, — sans faire de lavages, — n'aura plus de croûtes, plus d'odeur, tout au plus conservera-t-il quelques mucosités telles qu'en portent nombre d'individus, qui ne sont pourtant pas des ozéneux.

RECUEILS DE FAITS

I

UN CAS D'ABCÈS DU CERVELET. — OPÉRATION. GUÉRISON.

Par **J. LABOURÉ** (Amiens).

M. D..., 23 ans, est vu la première fois le 13 juillet 1910 en consultation à son domicile, avec le Dr Fiattte (d'Epehy). Quinze jours auparavant, il a été pris de céphalée diffuse avec prédominance à gauche au voisinage de l'oreille. Deux ou trois vomissements sont survenus sans cause digestive. Le malade a cependant continué de travailler aux champs, mais avec une difficulté croissante à cause de sensations vertigineuses ressenties. La mère, interrogée sur son état habituel, rapporte et insiste sur ce fait qu'il a beaucoup maigri et parle d'une vingtaine de livres. Le malade répond vaguement à ce sujet, et son état actuel paraît relativement bon encore. J'interroge sur les précédents : on m'affirme que l'oreille n'a jamais coulé avant ces derniers jours.

L'examen otoscopique montre à droite des cicatrices d'otite adhésive ancienne et à gauche (côté malade) un même aspect d'ensemble avec en plus une petite perforation encombrée de mucus qu'on sèche au porte-coton et qui ne se renouvelle pas. La température axillaire prise séance tenante est de 38°. La mastoïde est d'aspect normal, sans œdème ni rougeur. La palpation profonde n'est légèrement douloureuse que derrière le bord postérieur de la mastoïde. Notre premier examen prend fin ici ; il a suffi à décider le malade à se mettre en surveillance à la clinique Notre-Dame-des-Anges.

Le malade revient le lendemain dans le même état. J'essaie de faire l'épreuve des diapasons, et tout ce que j'obtiens, c'est un Rinne tout à fait négatif à gauche, avec un Weber mal défini. Malgré l'apparence chronique des lésions du tympan, je me décide, sur l'affirmative qu'il s'agit d'une chose aiguë, de faire courir au ma-

fade le risque d'une guérison par trépanation simple; je l'opère immédiatement.

18 Juillet. — Trépanation mastoïdienne. Incision habituelle rétro-auriculaire; mise à nu de la mastoïde. Trépanation: corticale dure, scléreuse; puis on ouvre de grandes cellules superficielles remplies de pus qui conduisent à évider la pointe; puis on revient à l'antre: la paroi postéro-inférieure est transformée en séquestre, qui fuit en bloc sous la gouge. On le désenclave et on l'extraît. La muqueuse de l'antre a un aspect grisâtre, sphacélique. On curette et tamponne. Il s'agit évidemment, ici comme pour la caisse, de lésions chroniques ce dont je préviens le malade à son réveil, mais il se refuse momentanément à ce qu'on complète l'opération. Les pansements, faits tous les deux jours, sont d'abord secs, la température est à peu près normale, 37° 37,5; à partir du quatrième jour, les pansements sont très souillés de pus jaunâtre: ils doivent être renouvelés tous les jours, puis deux fois par jour. La température est remontée d'un degré et demi; elle oscille maintenant entre 37,5 et 39° et des phénomènes nouveaux apparaissent.

1° Le malade dans son lit prend une attitude spéciale. Quand on pénètre dans sa chambre, on le trouve en état d'abattement et de torpeur, couché sur son côté gauche malade, se tenant la tête d'une ou des deux mains, parfois recroquevillé en chien de fusil. Il a cependant gardé sa lucidité d'esprit; la parole n'est pas embarrassée; la mémoire ne fait pas défaut, mais il répond lentement aux questions. Il est lent à se lever pour le pansement.

2° Il apparaît un nystagmus spontané dirigé du côté malade.

Nous examinons le malade au point de vue audition et équilibre aussi complètement que possible.

1° *Examen de l'audition.* — Le diapason employé est celui de 128 vibrations doubles.

A D	?	—	0 ^m 30	5 m.	
	Weber.	Rinne.	Montre.	v	V
A S		—	Contact.	0 ^m 50	4 ^m 50

L'épreuve de l'assourdissement de l'oreille saine par l'injection d'eau tiède dans le conduit (Hautant) fait tomber l'audition de l'oreille gauche pour la voix chuchotée au contact, pour la voix criée à 0^m,40.

2° *Équilibre.* — En interrogeant le malade et la famille, nous apprenons que, depuis quatre mois, le sujet éprouvait dans son travail aux champs des sensations vertigineuses, surtout quand il se baissait et gardait après le vertige un état de fatigue assez intense.

Ces sensations subjectives d'abord très fortes se sont amoindries jusqu'à disparaître au moment de son entrée à la clinique.

L'épreuve de rotation (dix tours vers la droite) donne simplement deux secousses nystagmiques; le malade n'a pas de sensations vertigineuses en descendant du fauteuil, bien qu'à ce moment la démarche soit ébrieuse.

Quand il marche, il traîne la jambe gauche et dévie vers la gauche, et ce d'autant plus que la marche se prolonge. Au repos, il a les jambes bien écartées, élargissant d'une façon nette la base de sustentation. Il tient pourtant debout les yeux fermés, mais il perd l'équilibre dans les mouvements de rotation. Les épreuves de saut soit en avant, soit en arrière, sont absolument impossibles.

La force musculaire est diminuée du côté gauche; si on lui demande de serrer la main qu'on lui tend, il le fait sans force.

Le D^r Desmarquest pense comme moi qu'il s'agit d'une lésion du cervelet compliquant ou non une labyrinthite. En tout cas, une nouvelle intervention nous semble s'imposer, et c'est vers le labyrinthe et le cervelet que nous dirigerons nos investigations.

25 juillet. — Deuxième opération faite avec l'aide des D^{rs} Desmarquet et Brohan. Avec la curette on déblaie, la plaie mastoïdienne des bourgeons qui l'encombrent; on attaque à la gouge la paroi de l'aditus, qu'on achève de supprimer avec la pince de Citelli; puis avec le ciseau et la pince-gouge, on enlève tout l'épaulement du facial et la paroi postérieure du conduit. Le canal du facial est nettement visible, et sur le même plan la paroi du labyrinthe. On hésite encore à se porter sur le labyrinthe ou le cervelet, quand un dernier coup de curette en arrière et au-dessous de la paroi postéro-inférieure de l'antre effondre une mince lame osseuse et amène un flot de pus. On met à nu la cavité en question avec la gouge jusque 5 centimètres en arrière du conduit auditif externe. On assèche la cavité, qui a le volume d'au moins un œuf de pigeon. Pour pénétrer dans cette cavité, les instruments n'ont eu à effondrer aucune paroi fibreuse, et le fond lui-même de la cavité n'est pas une membrane fibreuse, mais il est constitué par une substance mollassée, feuilletée, ayant l'aspect du cervelet.

Plus bas on retrouve la dure-mère cérébelleuse, plus haut elle forme un angle dièdre avec la dure-mère cérébrale; ses bords sont taillés comme à l'emporte-pièce. Dans l'intervalle s'ouvre la cavité de l'abcès, qui a la forme d'un abcès en bouton de chemise. Nul doute qu'on ne se trouve en présence d'un abcès cortical du cervelet qui envoyait un prolongement vers l'antre, en contournant la

face externe du sinus sigmoïde profond qui n'a pas été vu. On tamponne.

27 juillet. — Premier pansement deux jours après l'intervention. Le nystagmus spontané existe toujours. La pupille est dilatée à gauche; la paupière est en ptosis; l'œil est dévié en dehors; il y a donc parésie du moteur oculaire commun. L'accommodation est retardée; le réflexe patellaire exagéré. Il y a un peu de raideur de la nuque et un peu de Kernig; le Babinski est normal; les orteils se fléchissent. Le Dr Jeunet, qui a assisté à ce dernier examen, prélève une petite quantité de pus dans la plaie et pratique une ponction lombaire. Le liquide est clair. L'analyse bactériologique lui fournit les résultats qui suivent:

1° Le pus du cervelet est presque amicrobien: polynucléaire; quelques lymphocytes; quelques globules rouges; quelques rares cocci intracellulaire (diplocoque le plus souvent) prennent le Gram.

2° L'examen du liquide céphalo-rachidien donne les résultats suivants; pas de culot à la centrifugation. Étalement du liquide séché douze heures; fixé, coloré.

Lymphocytes: trois en moyenne par champ.

Polynucléaires: un ou deux.

Globules rouges: quelques-uns déformés.

Pas d'élément microbien.

Conclusion: réaction méningée nette à marche subaiguë.

Le pronostic est toujours réservé.

Les jours suivants voient diminuer les signes de réaction méningée; les paralysies oculaires disparaissent; le nystagmus n'existe plus que dans la position extrême latérale gauche; il persistera ainsi encore longtemps. La plaie se comble en quelques jours. Le malade, au bout d'un mois, retourne chez lui.

Le malade, revu en avril 1914, présente les phénomènes suivants:

1° *Examen de l'oreille évidée.* — Il existe dans le fond de la caisse un léger suintement. L'aditus et la caisse sont comblés à leur partie supérieure par un diaphragme présentant en son milieu un petit orifice.

Le malade ne souffre pas du tout.

2° *Examen de l'audition.* — Les résultats sont les mêmes qu'antérieurement, avec cette différence que le Weber est plutôt latéralisé à gauche.

En assourdisant l'oreille droite saine par l'injection d'eau tiède dans le conduit, on fait tomber l'audition de la voie haute pour l'oreille gauche, de 3 mètres à 30 centimètres. Le diapason mastoïde gauche est perçu seulement pendant deux minutes, mais la

perception est nette et nettement rapportée par le malade à l'oreille gauche.

3° *Examen de l'équilibre.* — Il n'y a plus de nystagmus spontané ni à droite ni à gauche. En injectant de l'eau froide à droite, on obtient un nystagmus expérimental très net au bout de cinquante cinq secondes. A gauche, aucune secousse nystagmique n'apparaît dans les mêmes conditions.

Par la rotation, au bout de dix tours en sens inverse des aiguilles d'une montre (par le flanc gauche), on obtient un nystagmus net; par le flanc droit, dans le sens des aiguilles d'une montre, on n'obtient que trois ou quatre secousses nystagmiques faibles.

Nous concluons de cet examen que :

1° Le labyrinthe acoustique et le labyrinthe équilibre gauche sont très diminués, quoique non entièrement détruits, le labyrinthe postérieur étant peut-être plus altéré que le labyrinthe antérieur.

En résumé, notre malade a présenté un abcès du cervelet en même temps qu'une labyrinthite. Mais nous croyons que labyrinthite et abcès du cervelet ont évolué, chacun pour leur compte. Les rapports de contiguïté du séquestre trouvé lors de la première opération et l'abcès du cervelet trouvé dans la seconde nous semblent permettre d'attribuer l'abcès aux lésions d'ostéite du voisinage, et c'est pourquoi, dans le cas présent, nous ne regrettons pas d'avoir trépané directement la fosse cérébrale postérieure sans toucher au labyrinthe, conduite qui n'eût pas été logique, si l'abcès cérébelleux avait été facteur d'une labyrinthite.

II

SUR UN CAS DE MÉDIASTINITE SYPHILITIQUE

par **GAULT** et **LUCIEN** (de Dijon).

M. D. E., jardinier, 40 ans, nous est adressé le 18 janvier 1910 par notre excellent confrère le Dr Lucien qui nous prie d'examiner son larynx, ce malade présentant un enrouement remontant à trois semaines avec amaigrissement et faiblesse générale. A l'examen laryngoscopique nous observons simplement un peu de parésie de la corde vocale gauche. Rien d'anormal sur le trajet des récurrents. Aucun signe du côté de l'aorte. A l'auscultation, un foyer de râles sous-crépitaux dans la fosse sous-épineuse et l'espace interscapulo-vertébral gauche. Le Dr Lucien qui revoit le malade à quelques jours d'intervalle, et nous-même, ne retrouvons plus le foyer de râles observés en arrière du poumon gauche. Ce malade est pourvu d'un traitement reconstituant et renvoyé à quelques jours.

Il nous revient seulement, le 16 mai 1910, présentant les signes suivants : Au larynx, paralysie complète de la corde vocale gauche. D'autre part, œdème très considérable de la paroi thoracique, à gauche seulement, et de tout le membre supérieur gauche, qui, presque doublé de volume est difficile à manier en raison de ce gonflement. En outre, circulation veineuse sous-cutanée très développée sur la paroi thoracique à gauche et sur le membre supérieur gauche. Pas d'œdème, ni de circulation veineuse complémentaire du cou et de la face. Les deux pouls radiaux sont égaux. Ganglions à la partie inférieure du triangle sus-claviculaire gauche, hypertrophiés et se présentant sous la forme de masses volumineuses dures du volume d'une noix. En engageant le doigt aussi loin que possible derrière la fourchette sternale, on ne constate aucune masse appréciable au toucher. La radiographie n'a pas été faite. Ces signes s'étaient développés peu à peu depuis quatre mois et allaient augmentant, surtout l'œdème. Rien à l'auscultation, sauf, peut-être une légère diminution du murmure vésiculaire à gauche.

Ces phénomènes de compression indiquaient évidemment une

(1) Travail communiqué au congrès pour l'avancement des sciences à Dijon, août 1911.

tumeur du médiastin. A part la paralysie de la corde vocale, symptôme initial, aucun signe d'anévrisme de l'aorte que nous éliminons. Vu le développement rapide, l'adénite sus-claviculaire, nous diagnostiquons un néoplasme malin du médiastin plutôt qu'une adénite tuberculeuse. Cependant, en raison d'antécédents spécifiques avoués et remontant à l'époque du service militaire, nous établissons un traitement ioduré à quatre grammes par jour et hydrargyrique par injections quotidiennes de biiodure de Hg.

Déjà, après quelques jours, le malade se sent soulagé. L'œdème au lieu de croître va diminuant et en quinze à vingt jours, le volume du bras et la paroi thoracique sont presque revenus à la normale sauf un peu d'épaississement des téguments. L'état général, le facies sont bien meilleurs. Seule la paralysie de la corde vocale gauche reste stationnaire. Les ganglions sus-claviculaires, sans avoir disparu sont très atténués. Il s'agissait donc, le traitement en était la meilleure preuve, d'une production médiastinale syphilitique déterminant des phénomènes de compression. Quelle était la nature de la lésion, médiastinite calleuse, gomme ganglionnaire, etc. Ne pouvant à cet égard que faire des hypothèses, nous laisserons cette question de côté, nous bornant simplement à tâcher d'établir topographiquement le siège de cette lésion

A part la paralysie récurrentielle gauche, la symptomatologie consistait surtout en troubles par compression veineuse à siège médiastinal. Vu l'intégrité du côté droit, la veine cave était hors de cause, et, seuls le tronc veineux brachio-céphalique gauche ou la sous-clavière étaient intéressés. De l'absence d'œdème ou de circulation veineuse ou collatérale du cou et de la face, devons-nous conclure à l'intégrité du tronc veineux brachio-céphalique et incriminer la sous-clavière. Non, à notre avis. Une ligature de la jugulaire interne chez un sujet relativement jeune, au cours d'une thrombo-phlébite du sinus latéral s'accompagne en général, grâce aux suppléances, de peu de troubles circulatoires. Et cependant, en ce cas il s'agit d'une lésion brusque et non progressive. D'autre part, les paralysies récurrentielles sont rarement causées par compression de ganglions sus-claviculaires, même comprimant les régions voisines... C'est dans le médiastin que siège habituellement la compression. Enfin, pour obtenir la stase veineuse il faut un obstacle sérieux, et des ganglions

sous-claviers pouvant se développer librement vers le dehors sont d'importance bien relative. Pour toutes ces raisons, l'obstacle devait siéger dans le médiastin antérieur et supérieur, ou, vu le manque de place, la moindre tumeur réalise des compressions, au niveau du tronc veineux brachio-céphalique qui, comme on le sait, va derrière la fourchette sternale, de l'articulation sterno-claviculaire gauche à la tête du premier cartilage costal droit.

Cette question si confuse encore des médiastinites et des affections syphilitiques ou tuberculeuses du médiastin est à l'ordre du jour depuis surtout qu'en novembre 1910, Dieulafoy (1) a attiré l'attention sur les faits de ce genre. Ces cas étant en somme peu fréquents, il importe pour permettre une étude d'ensemble de publier tous ceux qui se présentent avec ou sans autopsie. C'est dans le but d'apporter une pierre à l'édifice que nous avons tiré cette observation de nos cartons, car, comme le disait Gouget (2), c'est un chapitre nouveau qui doit s'ouvrir dans les traités de pathologie.

(1) DIEULAFOY, in *Presse médicale*, 30 nov. 1910

(2) GOUGET, in *Presse médicale*, 22 avril 1911.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ BELGE D'OTOLOGIE DE LARYNGOLOGIE ET DE RHINOLOGIE (1).

XXI^e Congrès annuel, tenu à Gand, les 15, 16 et 17 juillet 1911.

BÔVAL (Charleroi). — **Kyste dermoïde du sinus maxillaire.** — Il s'agit d'une tumeur assez volumineuse provenant du sinus maxillaire gauche d'une jeune fille de 19 ans. Cette tumeur, qui à la palpation présentait une fluctuation manifeste, faisait hernie, d'une part, sous la muqueuse de la voûte palatine, dont la charpente osseuse avait disparu sur une grande étendue, et, d'autre part, dans la fosse nasale correspondante, dont la perméabilité était très réduite et qui était le siège d'une rhinorrhée abondante. A la diaphanoscopie, le sinus maxillaire était opaque, tandis que le sinus frontal s'éclairait normalement.

Après avoir pratiqué la résection de toute la paroi antérieure du sinus maxillaire, l'auteur énucléa facilement le kyste, qui n'avait contracté des adhérences qu'en un point très limité correspondant au niveau de l'implantation des petites molaires. Il établit ensuite un drainage intersinuso-nasal suivant le procédé de Cadwell-Luc et sutura immédiatement la plaie buccale. Les suites opératoires furent normales. L'examen de la tumeur démontra que celle-ci s'était développée aux dépens d'une dent supplémentaire arrivée au stade complet de la dentification.

BÔVAL (Charleroi). — **Epithélioma fronto-ethmoïdo-maxillaire.** — Pièce anatomique relative à une malade âgée de 65 ans dont l'analyse pratiquée par le Prof^r Firket, de Liège, démontra la nature maligne. Cette tumeur avait donné lieu aux symptômes suivants : obstruction de la narine droite, troubles de l'odorat, épitaxis et névralgies faciales intermittentes. L'auteur pratiqua l'extirpation du néoplasme par la voie transmaxillo-nasale ; il put ainsi se rendre compte qu'il s'était développé dans le sinus maxillaire droit, avait envahi les cellules ethmoïdales et se prolongeait

(1) Compte rendu d'après les documents officiels, par le Dr E. LABARRE.

jusque dans le sinus frontal correspondant. Au cours de l'opération, le sinus sphénoïdal fut ouvert et reconnu sain. Suites opératoires excellentes. Guérison *per primam* sans déformation appréciable au bout de 9 jours. Absence de toute récidive jusqu'il y a trois semaines.

DE STELLA (Gand). — **Abcès du cerveau et du cervelet.** —

I. *Abcès du cervelet.* — Jeune fille de 23 ans, souffrant d'une ancienne otorrhée droite avec vertiges et troubles de l'équilibre : pas de nystagmus. Un évidement complet n'amène pas de changements bien nets dans son état. Huit jours après l'opération, les symptômes persistent, s'aggravent, et, en plus, surviennent des vomissements rebelles, de la céphalée occipitale, ralentissements du pouls, assoupissement, œdème de la papille, et vers la fin de la maladie une hémiplégie croisée (faciale gauche et droite des membres). Les épreuves acoumétriques et nystagmiques, parfaitement positives, mettant hors de cause le labyrinthe, un abcès du cervelet fut diagnostiqué, mais l'opération, malheureusement, fut refusée.

Autopsie. — Abcès dans le vermis et dans une grande partie de l'hémisphère droit du cervelet, avec irruption à travers le pédoncule moyen dans la protubérance annulaire.

II. *Abcès du lobe temporo-sphénoïdal droit.* — Jeune homme de 19 ans, atteint d'une otorrhée double depuis l'enfance, présentant au moment de l'examen, des symptômes nets de complication endocranienne : céphalée, rares vomissements, œdème de la papille droite, assoupissement, ralentissement du pouls, température élevée avec la courbe en aiguilles des complications sinusiennes ; pas de Kernig et liquide céphalo-rachidien normal.

Diagnostic. — Infection du sinus transverse et abcès du lobe temporo-sphénoïdal.

Opération. — Carie de la paroi antrale postérieure, qui mène droit sur un sinus thrombosé ; incision de la dure-mère et découverture d'un immense abcès temporal avec pus fétide.

Le malade succombe, après trois semaines de lutte, aux progrès d'une pyohémie avec métastases septiques dans le poumon et le foie.

Autopsie. — Thrombose septique dans le sinus latéral ouvert et drainé. Vaste abcès du lobe temporal en voie de réparation.

III. *Abcès du lobe temporo-sphénoïdal droit.* — Homme de 36 ans atteint d'une otite droite aiguë depuis quinze jours et présentant des signes d'infection sinusienne. Refus d'intervention.

Au bout de six semaines, symptômes de compression cérébrale : assoupissement, ralentissement du pouls et raideur de la nuque,

vomissements cérébraux mais pas de parésie musculaire ni d'œdème de la papille.

L'opération permet de découvrir un énorme thrombus dans le sinus transverse, qui s'étend jusqu'au bulbe de la jugulaire. Celui-ci est incisé et drainé, puis l'auteur met à nu la paroi antrale postéro-supérieure et ponctionne un petit abcès cérébral.

Le malade meurt de pyohémie six semaines après l'intervention.

Autopsie. — Vaste thrombus septique s'étendant jusqu'au pressoir d'Hérophile; abcès métastatique dans les poumons et les reins; petit abcès bien vidé et en voie de réparation du lobe temporal.

Le Prof^r MOURE (Bordeaux) appelle l'attention sur la latence des abcès qui viennent d'être présentés et qui siégeaient dans le lobe temporo-sphénoïdal droit. Il demande à l'auteur si la méninge était lésée où si c'est la ponction directe qui lui a permis de découvrir la collection purulente encéphalique.

M. DE STELLA répond que la méninge était altérée au niveau de la lésion opérée et que c'est à ce niveau qu'il a pratiqué la ponction de l'abcès.

HENNEBERT (Bruxelles). — **Cholestéatome vrai du temporal.** — M. Hennebert présente le temporal d'un sujet atteint, deux ans avant sa mort, de paralysie faciale droite complète et de paralysie incomplète des nerfs cochléaires et vestibulaires du même côté, et accusait des douleurs d'une violence extrême au niveau de la nuque et de la région fronto-pariétale; aucun symptôme à la mastoïde, tympan normal.

Le diagnostic ayant été orienté vers une tumeur fronto-cérébelleuse, une opération fut tentée alors que le malade était déjà cachectique; elle permit de constater que toute l'apophyse mastoïde était remplie par une tumeur cholestéatomateuse du volume d'une grosse noix, ayant détruit toute la corticale interne et refoulant les méninges.

DELSAUX (Bruxelles) confirme la rareté des cas de cholestéatome vrai. Il rappelle que Lermoyez a opéré et guéri un cas de cholestéatome vrai de très gros volume comprimant le cerveau.

A propos de la pathogénie de ces tumeurs, M. Delsaux demande à son collègue s'il ne croit pas possible que, bien que son malade n'ait pas présenté d'otorrhée à ce moment, il ait souffert d'otorrhée antérieurement. Par la perforation se serait introduit l'épiderme; puis l'ouverture du tympan s'étant guérie, l'épiderme aurait proliféré dans la caisse et produit la tumeur en question.

CAPART fils (Bruxelles) a présenté, il y a dix ans, un malade

opéré de cholestéatome vrai du temporal et qui depuis reste guéri. Ce malade se plaignait de violente migraine qui coïncidait parfois avec un léger écoulement de l'oreille.

L'ouïe était intacte ainsi que le tympan.

C'est seulement en l'examinant sans spéculum que l'auteur découvrit en arrière du conduit une fistule qui conduisait dans une profonde cavité. Au moment de l'opération, on constata que les méninges avaient été dénudées sur une grande étendue, et il fallut faire une plastique pour épidermiser cette vaste brèche.

HENNEBERT, en réponse à M. Delsaux, fait remarquer :

1° Qu'il n'y avait aucun antécédent otorrhéique accusé par le malade ;

2° Que le tympan ne présentait aucune altération ;

3° Que l'examen de la pièce prouve que l'aditus et l'attique sont libres de toute trace de cholestéatome.

MARBAIX (Tournai). — **Peut-on blesser le golfe de la jugulaire dans la labyrinthectomie?** — L'auteur possède cinq temporaux démontrant la possibilité de cette blessure.

I. Dans la labyrinthectomie inférieure :

a) Si le dôme se met en contact étroit avec le plancher de la caisse et le vestibule, dont il peut n'être séparé que par une mince lamelle papyracée ;

b) Si le dôme s'insinue derrière la paroi interne de la caisse jusqu'au contact de la fenêtre ronde.

II. Dans la labyrinthectomie supérieure, si le dôme, s'étalant sous la caisse et l'oreille externe, déborde du côté cranien, remontant jusqu'au conduit auditif interne.

BRÖECKAERT (Gand). — **L'anesthésie régionale en oto-rhino-laryngologie.** — Après avoir démontré sur des pièces anatomiques la disposition et la distribution des nerfs présidant à la sensibilité du nez et des sinus, l'auteur indique les diverses méthodes pour produire l'anesthésie à distance : 1° des nerfs nasaux externes ; 2° du tronc du nasal interne ; 3° du nerf naso-lobaire ; 4° du nerf sous-orbitaire.

Pour l'anesthésie du nerf maxillaire supérieur, il donne la préférence au *procédé orbitaire*. Celui-ci consiste à faire pénétrer l'aiguille immédiatement au-dessus du rebord inférieur de l'orbite, à environ 2 centimètres de l'angle inféro-externe, et à l'enfoncer d'avant en arrière, en obliquant un peu en dehors, en suivant exactement le plancher osseux de l'orbite jusqu'à ce que l'aiguille

pénètre en tissu mou, ce qui indique qu'elle se trouve dans la fente sphéno-maxillaire.

A partir de ce moment, on pousse lentement le piston de la seringue chargée de l'anesthésique (solution de cocaïne avec ou sans adrénaline), tandis qu'on fait avancer de 2 centimètres environ l'aiguille, en ayant soin d'imprimer à la seringue un léger mouvement de rotation en dehors.

FALLAS (Bruxelles). — **Epithélioma perlé, cutané, ayant envahi tous les sinus de la face.** — Il s'agit d'un malade de 61 ans qui présentait une petite verrue au niveau de l'angle naso-maxillaire. Après l'ablation de celle-ci, la plaie se cicatrisa rapidement, mais au bout de quelques mois il se développa dans la profondeur des tissus une tumeur qui, après avoir envahi le sac lacrymal, détruisit l'os unguis et l'os planum et proliféra ensuite dans tous les sinus de la face, ainsi que l'auteur a pu le constater au cours d'une intervention. L'analyse microscopique démontra qu'il s'agissait d'un épithélioma cutané perlé.

DE STELLA (Gand). (Rapporteur.) — **Diagnostic différentiel entre la pyolabyrinthite et l'abcès cérébelleux.** — L'auteur reprend la question *ab ovo*, c'est-à-dire qu'il ne se contente pas d'exposer le côté clinique de ce point intéressant de pathologie spéciale, mais fait précéder cet exposé d'un résumé très complet des données anatomiques que nous possédons sur le labyrinthe et sur le cervelet. Puis il aborde le côté physiologique et, dans un troisième chapitre, décrit la symptomatologie différentielle entre les affections des deux organes.

A ce sujet, il reprend l'examen du labyrinthe dans son entier et, pour le labyrinthe postérieur notamment, résume l'état de nos connaissances sur les troubles statiques spontanés et provoqués. Il discute, en passant, la valeur des épreuves de von Stein, de Barany, de Babinski, du fistel-symptôme et du dernier syndrome décrit récemment par Barany sous le nom de « signe cérébelleux ». De Stella donne l'explication anatomique et physiologique de ce fait et passe ensuite à la seconde partie de l'examen clinique, celle qui concerne la symptomatologie des affections cérébelleuses.

Comme en matière de labyrinthe, il discute la valeur de chacun des signes présentés par le malade et émet les conclusions suivantes :

Si nous résumons toutes les connaissances que nous avons acquises jusqu'ici en pathologie du labyrinthe et du cervelet, nous

pourrons assez facilement établir le diagnostic différentiel entre la pyolabyrinthite et l'abcès cérébelleux.

Nous admettons l'hypothèse d'un patient atteint d'otite moyenne purulente unilatérale aiguë ou chronique et présentant des troubles fonctionnels graves, qui peuvent appartenir soit à une lésion de l'oreille interne, soit à un état cérébelleux : de l'équilibre avec vertige, nystagmus spontané, nausées et vomissements.

La *pyolabyrinthite* présentera les caractères suivants : Absence de bruits subjectifs et surdité (nous savons cependant qu'il existe des labyrinthites circonscrites et localisées au seul labyrinthe postérieur); les diverses épreuves nystagmiques seront négatives ou fortement ralenties; le nystagmus spontané, s'il existe du côté malade, sera augmenté par l'injection d'eau froide; la direction de la chute du patient placé en position de Romberg est dans le plan du nystagmus, mais dans un sens opposé; de plus, un changement dans la direction de la chute; enfin le signe de la fistule pourra être dépisté dans quelques cas.

Tous ces symptômes appartiennent plutôt à la pyolabyrinthite récente qui n'a pas amené la destruction complète des terminaisons périphériques de la voie vestibulaire; de là la persistance, bien que ralentie, de la réaction nystagmique calorique; de là l'existence du nystagmus spontané.

Dans les pyolabyrinthites anciennes avec destruction complète, les troubles de l'équilibre surtout spontanés peuvent faire complètement défaut, le nystagmus spontané, s'il existe, sera dirigé du côté sain, et les épreuves nystagmiques seront totalement négatives; la surdité labyrinthique sera complète.

Abcès du cervelet. — Le nystagmus spontané existe souvent soit du côté malade (et alors il n'est influencé ni par l'eau froide ni par l'eau chaude), soit du côté sain (et alors l'épreuve calorique pour l'oreille malade est positive); les troubles de l'équilibre et l'incoordination des mouvements pour les membres inférieurs sont très prononcés : la direction de la chute n'est pas en rapport avec le nystagmus et indépendante de la position de la tête; le « symptôme vestibulaire », c'est-à-dire l'impossibilité pour le malade de retrouver avec l'index, les yeux fermés, et après rotation sur le fauteuil tournant le doigt de l'examineur, fait défaut.

Indépendamment de ces symptômes propres au cervelet et qui constituent autant de signes différentiels avec la pyolabyrinthite, nous avons à compter avec les symptômes généraux de tout abcès endocranien : fièvre, ralentissement du pouls, céphalée dans l'espèce surtout occipitale, œdème de la papille; tous ces signes

sont nettement différentiels d'avec la pyolabyrinthite, pour autant que celle-ci ne soit pas accompagnée de méningite; enfin, notons pour l'abcès cérébelleux les symptômes de compression de voisinage : hémiparésies ou hémiparalysies diverses dans le domaine des nerfs craniens et même dans les membres supérieurs ou inférieurs.

L'auteur rapporte ensuite, en détail, deux cas personnels, l'un de pyolabyrinthite, l'autre d'abcès cérébelleux, et montre clairement la symptomatologie différente des deux affections.

Enfin il suppose que l'abcès cérébelleux vienne compliquer la pyolabyrinthite et tâche de débrouiller dans ce complexe symptomatique ce qui revient à chaque organe.

Pour cela, il s'efforce de faire le diagnostic de la pyolabyrinthite et trouve que s'il est aisé de diagnostiquer la pyolabyrinthite ancienne, destructive, d'avec l'abcès cérébelleux, il n'en est pas de même lorsque le pus vient de faire irruption dans le labyrinthe.

Parfois même le diagnostic devient impossible, et ce n'est que par l'opération qu'on peut l'établir. Mais quelle intervention faire?

C'est par la trépanation du labyrinthe qu'il faut commencer, dit l'auteur, et on n'abordera le cervelet que si, après quelques jours, les symptômes graves ne se sont point amendés ou qu'ils ont augmenté.

Ce rapport se termine par l'exposé bibliographique des documents consultés par l'auteur.

Discussion.

DELLE (Ypres) estime que les confrères qui ont lu le très intéressant rapport de M. de Stella feront aisément un diagnostic entre une pyolabyrinthite non compliquée et un abcès du cervelet.

Mais il est très important également de pouvoir, au cours d'une pyolabyrinthite, saisir le moment où l'infection gagne le cervelet. A ce point de vue, Delle aurait voulu voir l'auteur insister davantage sur un symptôme très important qui indique cette complication : l'apparition ou la réapparition d'un nystagmus spontané au cours de la pyolabyrinthite. C'est là le signal ordinaire et presque certain de l'envahissement pathologique du cervelet, surtout s'il se manifeste du côté de l'oreille malade; car lorsque celle-ci est détruite, elle n'est plus capable de produire un nystagmus quelconque, spontané ou provoqué.

Si le nystagmus se produit, comme cela peut se présenter, du côté de l'oreille saine, il y a encore un moyen de savoir s'il est dû à une infection cérébelleuse, car dans ce cas les épreuves labyrinthiques instituées sur l'oreille saine auraient un effet trop faible pour en modifier le sens.

MOURE (Bordeaux), félicite le rapporteur de son excellent travail; il désire cependant lui présenter une petite remarque au sujet des vomissements que l'auteur dit plus fréquents et plus incoercibles dans les lésions cérébelleuses que dans les labyrinthites. Est-ce bien sur la fréquence et l'opiniâtreté des vomissements qu'il faut baser le diagnostic? N'est-ce pas plutôt sur leur mode d'apparition? En effet, dans les labyrinthites, les vomissements sont précédés ou accompagnés d'état vertigineux, tandis que dans les lésions cérébelleuses ils sont faciles et même parfois inconscients.

TRÉRIOP (Anvers) a publié, il y a quelques années, un cas d'abcès du cervelet qui n'a présenté ni symptômes de compression cérébrale, ni raideur de la nuque, ni stase papillaire, ni vertige, ni nausées, ni vomissements. La céphalée violente occipitale seule existait. Le jour de son décès, la malade était encore venue se faire panser à la clinique.

BUYS (Bruxelles) fait l'éloge du rapport, qui est à la fois un travail scientifique et pratique, deux conditions rarement réalisées en même temps.

S'il ne trouve pas d'objection à présenter quant au fond même du travail de Stella, il critique cependant la définition du vertige que l'auteur dit être la *sensation consciente, pour le malade, des troubles de l'équilibre*, oubliant qu'il y a des vertiges qui ne s'accompagnent pas de troubles de l'équilibre et qu'il existe aussi des troubles de l'équilibre sans vertiges.

Mieux vaut, à son avis, ne pas définir et noter les sensations expliquées par le malade : impressions de rotation du milieu, chutes, phénomènes bulbaires, troubles de la conscience, etc.

BUYS relève ensuite une inexactitude qui peut-être n'est qu'une erreur de mots. Le rapport dit que l'épreuve thermique donne immédiatement du nystagmus oculaire; cela est inexact, car il s'écoule toujours un temps appréciable entre le début de l'irrigation et l'apparition des phénomènes nystagmiques.

Enfin Buys souligne un passage du rapport relatif à la *Zeigerversuch* de Barany et félicite de Stella d'avoir donné à cette recherche l'importance qu'elle mérite et qu'un nouveau travail tout récent a bien mise en évidence; les belles recherches du savant viennois

Barany a établi que par l'entremise de centres réflexes situés dans l'écorce des hémisphères cérébelleux, les canaux demi-circulaires peuvent produire des mouvements des membres absolument comparables aux mouvements bien connus de réaction du tronc.

Par la recherche méthodique de ces mouvements, on arrive à diagnostiquer les lésions cérébelleuses peu étendues qui échappèrent jusqu'ici à toutes les méthodes d'investigation.

HENNEBERT (Bruxelles) fait remarquer, à propos du courant galvanique, qu'un courant très faible de 1 1/2 milliampère provoque, ainsi qu'il a pu l'établir avec Buys, non pas des troubles de l'équilibre, mais une réaction d'inclinaison inconsciente.

M. de Stella a commis une erreur d'interprétation relative à l'action de l'épreuve pneumatique; il n'a jamais dit qu'à l'état normal les canaux étaient indemnes, quand l'épreuve pneumatique provoquait des mouvements oculaires; les mouvements n'ont été observés par lui que dans des cas bien déterminés de labyrinthite hérédosyphilitique.

DE STELLA (Gand) remercie ses collègues de l'éloge qu'ils ont bien voulu faire de son rapport et qui le récompense du travail difficile auquel il s'est employé. Quant aux critiques qui lui ont été faites et qui concernent surtout des questions de détail, il y souscrit volontiers.

PRÉSENTATION DE MALADES.

DELSAUX (Bruxelles). — **Fracture du nez traitée par la prothèse métallique (masque chitiné).** — Delsaux présente un malade qui, à la suite d'une chute de bicyclette, se fractura complètement les os du nez et la cloison. Amené à l'hôpital peu après accident, l'auteur fit l'hémostase et réduisit la fracture. La réduction de celle-ci fut maintenue par l'application d'un masque en toile métallique fine, modelé suivant la forme du nez et trempé ensuite dans une solution de cellulose dans l'acétone. Le masque fut maintenu contre le visage à l'aide de rubans de toile fixés de distance en distance dans des œillets, tandis qu'à l'intérieur des fosses nasales les fragments de la cloison furent rapprochés à l'aide de forts drains de caoutchouc. L'appareil fut levé journellement et les drains retirés et aseptisés. Au bout de quinze jours, l'auteur supprima les drains dont le port était particulièrement gênant. Une semaine plus tard, tout l'appareil fut enlevé, et le malade quitta l'hôpital. Dans la suite, Delsaux renouvellent la séméiologie du cercelet et permettront d'écrire un nouveau chapitre de physiologie.

remédia à l'insuffisance de la perméabilité nasale, qu'il attribue au manque de rigidité des drains de caoutchouc, par quelques petites opérations endonasales. Pour obvier à cet inconvénient, il emploiera, si le cas se représente, les attelles que Charles Delstanche avait imaginées pour le redressement des cloisons déviées. Le résultat obtenu est toutefois très satisfaisant, tant au point de vue esthétique que respiratoire.

BROECKAERT (Gand). — Série de cas d'ozène guéris par les injections de paraffine. — Broeckaert montre sept malades ayant été atteints de rhinite atrophique ozénateuse, d'ozène vrai, et guéris complètement, depuis plusieurs années, par des injections de paraffine. Tous ces malades, ayant été traités sans résultat par d'autres méthodes, sont débarrassés de leur fétidité nasale, de leurs croûtes, de leurs sécheresses des muqueuses, et cela sans qu'il leur faille encore prendre des soins spéciaux de propreté du nez : les irrigations nasales ont été complètement supprimées depuis l'époque de la guérison. Pour arriver à des résultats aussi beaux, il faut appliquer le traitement avec ténacité.

MAHU (Paris) attire l'attention sur l'adjonction d'un autre traitement décrit par M. Foy : la *rééducation respiratoire nasale*. La combinaison de ces deux traitements lui a donné jusqu'à présent des résultats excellents et rapides. Depuis plus d'un an un grand nombre d'ozéneux ont été ainsi guéris, si l'on appelle « ozéneux guéris » des malades qui ne mouchent plus de croûtes, n'ont plus d'odeur, malgré l'abstention de tout lavage, et dont la muqueuse pituitaire et naso-pharyngienne a recouvert son humidité et son aspect premiers.

En dehors de l'avantage des résultats obtenus, l'application de la méthode de rééducation respiratoire nasale du traitement de l'ozène montre l'inexactitude de la théorie de Zaufal : ce n'est pas le passage d'un courant d'air trop important dans des fosses nasales trop larges qui entraîne la production des croûtes, puisque, au contraire, dans les cas observés, c'est le courant d'air qui les fait disparaître, et rend aux glandes de la muqueuse leurs fonctions normales.

FERNANDÈS (Bruxelles). — Quelques cas de lupus nasal. — Comme complément à la série de cas présentés l'an dernier et traités par des attouchements des lésions lupiques du nez par le parachlorophénol, l'auteur nous montre deux cas nouveaux où la méthode qu'il a préconisée lui a donné également de fort beaux résultats. Chez ces

deux malades on note, en effet, une cicatrisation parfaite de la lésion tuberculeuse.

VAN DEN WILDENBERG (Anvers). — **Sinusite fronto-ethmoïdale avec abcès sous-dural. Opération. Guérison.** — Enfant de 8 ans opéré d'une double sinusite frontale et d'une sinusite ethmoïdale droite avec abcès sous-périosté préfrontal et abcès sous-dural. Les différents abcès qui étaient la conséquence d'une infection ourlienne ne communiquaient pas entre eux. Malgré l'existence d'une méningite au moment de l'intervention, la guérison fut parfaite.

BROECKAERT (Gand). — **Malade opéré de fibrome naso-pharyngien par voie transmaxillo-nasale.** — Il s'agit d'un jeune homme qui fut opéré, en septembre 1903, d'un gros polype naso-pharyngien, très vasculaire et à large base d'insertion, avec prolongement dans la fosse nasale droite et dans le sinus maxillaire droit. La tumeur fut enlevée par la voie transmaxillo-nasale, devenue, depuis cette époque, la voie classique pour certains fibromes envahissants.

GORIS (Bruxelles). — **Présentation de deux opérés de fibrome naso-pharyngien par procédés différents.** — Goris présente au Congrès deux opérés de fibromes naso-pharyngiens.

Des huit cas qu'il a opérés, cinq l'ont été par les voies naturelles, deux par la résection temporale du maxillaire supérieur, un par la résection totale définitive.

Des huit opérés, un seul est mort (pendant l'opération) : c'était un enfant de 10 ans, fort épuisé par des hémorragies, ayant été traité longtemps par l'électrolyse dans d'autres cliniques et qui ne résista pas à l'opération.

L'opération par les voies naturelles convient dans les cas de tumeurs à pédicules accessibles et sans ramifications.

Dans les autres cas, la résection temporaire du maxillaire donne un jour très grand et permet d'arrêter l'hémorragie, soit par ligature, soit par tamponnement (cas présenté).

La résection totale définitive, à juste titre abandonnée comme méthode générale, ne convient que dans des cas exceptionnels (tumeur pharyngotemporale; cas présenté).

FERNANDÈS (Bruxelles). — **Un cas de parésie du larynx.** — Il s'agit d'une malade qui, depuis trois ans, présente de la raucité et des crises de suffocation plus ou moins fréquentes.

Au laryngoscope on constate, surtout pendant la respiration, que

les deux tiers externes des cordes vocales sont fixes et immobiles, alors qu'une certaine mobilité existe sur toute la longueur de leur bord libre, et cela sur une étendue représentant à peu près le tiers de leur largeur; cette portion de chacune des cordes s'étale pendant l'inspiration et tend à fermer la glotte pendant l'expiration. C'est là une attitude laryngienne bizarre, qui apparaît du moins comme une parésie.

Quant à la cause, il s'agit, semble-t-il, d'une affection d'origine centrale et, d'après les examens cliniques auxquels l'intéressée a été soumise, d'une tumeur cérébrale probable.

BAYER (Bruxelles) a examiné la malade présentée par M. Fernandès; il estime que celle-ci est atteinte de paralysie de la corde gauche et de parésie de la corde vocale droite. Comme il existe également un engorgement ganglionnaire des deux côtés du cou, il pense qu'il s'agit d'une compression des deux récurrents, suivie de paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs.

MERCKX (Bruxelles) pense qu'il s'agit, dans ce cas, d'une parésie des ary-aryténoïdiens accompagnée d'atrophie musculaire.

Il ne partage pas l'avis de Bayer quant à l'unilatéralité de la lésion. Il ne s'agit pas d'ailleurs d'une lésion récurrentielle, puisque le nerf n'innerve pas ces muscles.

FERNANDÈS (Bruxelles) réplique qu'il ne peut admettre qu'il s'agisse d'une atrophie des muscles aryténoïdiens, puisque leur mobilité persiste d'une façon très appréciable dans la phonation.

BROECKAERT (Gand). — Papillomes récidivants du larynx. — Malade adulte atteint de papillomes du larynx et qui a subi, depuis deux ans, de nombreuses opérations intralaryngées, suivies aussitôt de récurrence. L'administration, pendant six semaines, de magnésie fraîchement calcinée, à raison de 5 grammes par jour, resta sans effet. Il se propose de recourir une dernière fois à l'attaque des papillomes par laryngoscopie directe, après anesthésie régionale des deux nerfs laryngés supérieurs: si cela ne réussit pas, il ne restera plus que la ressource de la laryngostomie, qui est l'opération de l'avenir dans les mauvais cas.

Beco (Liège) estime que six semaines d'administration de magnésie sont insuffisantes pour désespérer de l'action de ce médicament, surtout chez l'adulte et pour une tumeur qui présente un aspect papillaire très prononcé. D'autre part, il pense qu'il y aurait utilité à ne pas continuer sans répit les attaques du néoplasme pour ne pas occasionner une série trop longue de réactions post-opératoires, qu'il croit peu favorables à la guérison. Il s'est

bien trouvé de laisser des périodes de repos aux malades atteints de papillomes généralisés et traités par la stomie. Il y a lieu de croire qu'il doit en être de même lorsqu'on intervient par les voies naturelles, même si on y associe le traitement par la magnésie.

BROECKAERT (Gand). — **Un cas de guérison spontanée de tumeur maligne (cylindrome hyalogène) du larynx. Récidive débutante.** — Ce cas est intéressant à cause de la disparition spontanée de la tumeur et en raison de la variété histologique très rare à laquelle appartient le néoplasme (cylindrome hyalogène).

Il s'agit d'un homme de 57 ans chez qui le diagnostic de tumeur maligne du larynx fut posé deux ans auparavant. Quand il se présenta pour la première fois à la polyclinique de Broeckaert, il était atteint de vive dyspnée avec cornage, de troubles de la déglutition : il avait de la fièvre, et l'état général laissait beaucoup à désirer. A l'examen laryngoscopique, on constatait une grosse tumeur bosselée, d'un gris sale recouverte de muco-pus et donnant l'impression d'une tumeur en voie de modification. Elle semblait englober l'épiglotte et les replis ary-épiglottiques. Ganglion induré à droite.

Le malade fut hospitalisé en vue d'une trachéotomie éventuelle. Pour faire le diagnostic exact de la tumeur, Broeckaert la saisit entre les mors d'une forte pince laryngienne et en détacha tout un bloc sphacélé, à mauvaise odeur. En deux ou trois reprises, toute la tumeur, complètement nécrosée, fut enlevée.

Amélioration rapide de l'état général et cicatrisation très nette. L'épiglotte et les replis ary-épiglottiques ont totalement disparu. Actuellement, il y a récidive débutante, ce qui a permis d'établir le diagnostic exact.

Il est probable que la guérison spontanée de cette tumeur est due à la production de *phlegmasies nécrotiques*, peut-être sous l'influence d'un érysipèle.

FALLAS (Bruxelles). — **Angiome du pharynx, du larynx et du cou.** — Fallas relate l'observation d'une jeune fille de 19 ans, opérée dans l'enfance pour angiome du cou et qui présente une dilatation angiomateuse du cou, du pharynx et du larynx. Les aryténoïdes sont tapissés par une masse bleuâtre, d'aspect bosselé, qui surplombe en partie le larynx. Le même aspect se retrouve sur la fausse corde vocale, sur la corde vocale gauche et jusque dans la région sous-glottique.

La malade ne présente d'autres troubles que de la raucité de la voix. En raison de l'absence de symptômes et de la multiplicité

des foyers angiomateux, l'auteur s'est abstenu de toute intervention. Suivent des considérations sur les angiomes de la région, dont l'auteur a trouvé une quarantaine de cas dans la littérature médicale.

VAN DEN WILDENBERG (Anvers). — Laryngectomie totale et pharyngectomie, en un temps, pour cancer chez un homme de 70 ans. Guérison. Présentation de la tumeur. — Comme l'indique le titre de cette communication, ce malade opéré actuellement depuis huit mois, a subi en un temps, la laryngectomie totale (y compris l'épiglotte) avec pharyngectomie et ablation de volumineux ganglions carotidiens. Le malade ne présente pas la moindre trace de récurrence. Il est porteur d'une prothèse pharyngienne de Glück qui lui permet de manger et de boire. Cet appareil, d'introduction facile, est enlevé et nettoyé tous les trois mois.

LABARRE EUG. (Bruxelles). — Un cas de fistel-symptôme. — Il s'agit d'une malade qui, atteinte d'une fistule du canal demi-circulaire horizontal, avait présenté des symptômes inquiétants pouvant faire songer à une méningite débutante. L'auteur fut assez perplexe au point de vue de l'intervention.

Fallait-il ouvrir le labyrinthe? C'était évidemment intervenir dans un milieu septique, puisque l'oreille était le siège d'un écoulement purulent, et exposer la malade à une complication redoutable. Cette décision était d'autant plus délicate que les symptômes présentés par la malade pouvaient s'expliquer également par une crise aiguë de labyrinthisme provoquée par une irritation anormale du labyrinthe.

Un interrogatoire de cet organe pouvait seul fixer la ligne de conduite. Cet examen, confié à l'obligeance du Dr Buys, vint confirmer la seconde hypothèse en démontrant qu'il s'agissait d'une fistule labyrinthique simple, sans altération du labyrinthe membraneux.

L'intervention, dès lors, fut des plus simples. Elle consista dans une attico-antrectomie suivie d'un curettage des fongosités qui tapissaient la paroi labyrinthique. Les suites opératoires furent très satisfaisantes, et un mois après l'intervention la malade ne présentait plus le moindre vertige.

Cette observation démontre que l'existence du fistel-symptôme n'implique pas la nécessité d'une ouverture chirurgicale du labyrinthe, pour autant que l'intégrité fonctionnelle de cet organe soit conservée.

BEÇO (Liège) insiste sur la nécessité qu'il y a de bien peser les limites de l'intervention chirurgicale dans les cas de fistel-symp-tôme.

Il a eu l'occasion d'en suivre deux cas très nets, dont un a été guéri par une cure radicale simple, conduite de façon à respecter scrupuleusement le labyrinthe membraneux.

Chez l'autre, il a suffi d'enlever un bloc de cholestéatome pour voir les vertiges provoqués s'améliorer immédiatement et finir par disparaître.

BUYS (Bruxelles) appuie la façon de voir de Beco. Il ne faut opérer que lorsqu'il y a des indications précises. Il montre les tracés qu'il a eu l'occasion de recueillir chez la malade présentée par Labarre et qui lui ont permis de conclure à l'intégrité de la fonction labyrinthique. Il pense que, d'une façon générale, on a une tendance trop grande à intervenir.

LABARRE EUG. (Bruxelles). — **Deux cas d'abcès latents du cerveau fistulisés dans l'oreille moyenne, opérés et guéris.** — Dans les deux cas, il s'agit d'un abcès latent du lobe temporo-sphénoïdal droit fistulisé au niveau de la paroi supérieure de l'aditus *ad antrum*. Les divers symptômes présentés par les malades étaient, outre un écoulement purulent et fétide de l'oreille droite, des douleurs violentes et paroxystiques dans la région temporo-frontale correspondante et un état de dépression très marqué.

Après avoir pratiqué l'attico-antrectomie, l'auteur mit à nu les méninges sur le pourtour de la fistule cérébrale et établit un drainage à l'aide d'un drain en caoutchouc d'assez fort calibre, d'une longueur d'environ 7 centimètres. Les suites opératoires furent excellentes. Les douleurs disparurent rapidement, de même que la température.

Dans le premier cas, le drain ne fut expulsé que trois mois et demi après l'intervention, tandis que dans le second le travail de cicatrisation était complètement achevé au bout d'un mois et demi.

Sans entrer dans des détails sur la séméiologie des abcès du cerveau, l'auteur appelle l'attention sur certains symptômes, tels que la *douleur paroxystique* et l'*état de dépression* des malades, qui l'ont mis sur la voie du diagnostic.

L'absence de symptômes du foyer et de ralentissement du pouls, qui, cependant, est des plus constants, s'explique peut-être ici par le fait que l'abcès s'était fistulisé dans l'oreille moyenne, qu'il s'agissait, en somme, d'une véritable otorrhée cérébrale au terme des anciens.

Au point de vue anatomique, le siège de la lésion paraît également digne d'intérêt, puisque c'est généralement aux dépens du toit de l'antre ou de la caisse que l'infection se transmet à l'encéphale.

Ce fait semble d'autant plus important qu'il s'est répété deux fois et que dans le premier cas la déhiscence de l'aditus a failli passer inaperçue.

L'auteur insiste, enfin, sur le mode de drainage, auquel il attribue les résultats heureux qu'il a obtenus chez ses opérés. Celui-ci devra être, dès le principe, largement établi.

Le choix d'un drain en caoutchouc présente à ce point de vue de grands avantages, puisque, tout en permettant un écoulement facile du pus, il est parfaitement toléré par le cerveau. Le drain devra être maintenu le plus longtemps possible si l'on veut éviter presque sûrement la récurrence qui se produit quelquefois plusieurs années après l'opération.

VAN DEN WILDENBERG (Anvers). — Abscess épi- et sous-dural profond du cervelet, d'origine otique. Opération. Guérison. — Cette observation se rapporte à une enfant de douze ans opérée et guérie pour des symptômes de thrombo-phlébite du sinus et de la jugulaire interne, avec symptômes cérébelleux, sans troubles labyrinthiques.

A l'opération, on trouva un cholestéatome, une thrombose sinuso-jugulaire, qui fut incisée et curettée après ligature de la jugulaire et un abcès épi- et sous-dural profond. Cet abcès est généralement considéré comme étant la résultante d'une pyolabyrinthite. Dans le cas présent, celle-ci a pu être exclue par les recherches acoustiques et vestibulaires, et l'auteur explique sa production par une encéphalite et une méningite gangréneuse dans le voisinage de la veine sigmoïde thrombosée.

BROECKAERT (Gand). — Tic du voile du palais accompagné d'un bruit rythmique perceptible à distance. — Broeckaert montre un petit garçon, âgé de six ans, présentant des soulèvements fréquents (120 à la minute) et rythmiques du voile du palais. Chacune de ces contractions oscillatoires est accompagnée d'un bruit de tac perceptible jusqu'à 5 mètres de distance. Ce bruit cesse pendant le sommeil de l'enfant; il est renforcé quand on lui pince le nez. Il s'agit ici d'un trouble fonctionnel qu'on peut rattacher à la chorée; l'enfant a, d'ailleurs, quelques autres manifestations de nature choréique.

BROECKAERT (Gand). — **Série de malades guéris de goître exophtalmique primitif par la thyroïdectomie.** — Broeckkaert a opéré avec succès, dans ces dernières années, sept goîtres exophtalmiques vrais. Il montre trois de ces opérées dont l'opération, chez l'une d'entre elles, remonte déjà à plus de sept ans. La guérison est complète et définitive : l'exophtalmie a cessé, le poulx est revenu à la normale, les troubles nerveux ont disparu.

Des résultats aussi brillants ne s'obtiennent qu'en posant nettement les indications opératoires. Il faut savoir refuser d'intervenir dans les cas où existe déjà de la dégénérescence des reins et du cœur. Il faut, en outre, que le traitement médical soit resté impuissant. On ne doit donc opérer ni trop tôt ni trop tard.

L'opération a consisté dans l'ablation, sous anesthésie chloroformique, d'un des lobes, avec ou sans résection partielle du lobe opposé.

GORIS (Bruxelles) pense qu'il faut opérer les goîtres exophtalmiques au début, quand le cœur n'est pas dégénéré. A ce moment, en effet, l'opération n'est pas plus dangereuse que celle d'un goître simple.

VAN DEN WILDENBERG (Anvers) a opéré 14 goîtres exophtalmiques; parmi ceux-ci 2 sont morts, 4 ont été améliorés, 8 sont complètement guéris.

L'auteur est intervenu dans des cas très prononcés; quelques-uns ont guéri, tous ont été sensiblement améliorés. Il croit qu'il est insuffisant d'enlever un lobe thyroïdien; il a toujours pratiqué l'ablation d'un lobe et demi. Cinq de ses malades ont été opérés sous chloroforme, tandis que les neuf autres l'ont été sous anesthésie locale, et parmi ceux-ci les cas les plus graves. Pour ces derniers, il conseille de suivre les indications de Kocher et de procéder par étapes. Dans une dernière séance, on fait la ligature de la thyroïdienne supérieure; plus tard on liera la thyroïdienne inférieure, etc.

DE STELLA (Gand) a observé de la glycosurie chez deux malades porteurs de goître. Il a pu démontrer que dans ces cas la glycosurie dépendait du goître et était symptôme d'hyperthyroïdie. En effet, après l'extirpation du goître, la glycosurie disparut complètement, même malgré un régime très amylacé.

MALOENS (Bruxelles) a eu l'occasion, chez une malade atteinte de goître exophtalmique et qui se refusait à l'opération, d'instituer le traitement interne à la quinine préconisé par Huchard. Cette

malade a pris journellement, pendant deux périodes de trois semaines, deux cachets de 50 centigrammes de sulfate de quinine associé à un demi-gramme d'antipyrine. Les symptômes se sont sensiblement amendés.

Il cite également deux cas qui ont été améliorés par l'électrisation galvanique.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS.

BUYS (Bruxelles). — **Modification à l'appareil à intubation de Kuhn.** — Lorsqu'on tente de mettre en place le tube de Kuhn, on n'est certain d'avoir pénétré dans le larynx qu'après avoir retiré le mandrin. Pour éviter cet inconvénient, Buys a remplacé, dans l'appareil de Kuhn, le mandrin plein par un tube creux; dès lors le bruit trachéal s'entend dès que l'appareil pénètre dans le larynx.

DELSAUX (Bruxelles) *rapporteur*. — **Les polypes naso-pharyngiens.** — Delsaux s'excuse de ne pas avoir pu remettre le manuscrit de son rapport en temps opportun. Toutefois, pour amorcer la discussion et permettre à M. MOURE, qui a bien voulu faire le voyage jusqu'à Gand, d'exposer ses idées, il résume les données actuellement en cours sur ces sortes de tumeurs.

Pour lui, on confond, sous le nom générique de polypes naso-pharyngiens, à peu près toutes les tumeurs du naso-pharynx. Et pourtant il en est qui naissent en dehors de cette cavité et n'y arrivent que par la suite de leur évolution. Il y a notamment des néoplasies qui naissent dans le crâne; il en est qui se développent aux dépens de la partie antérieure du corps pituitaire et qui passent dans le cavum par l'un des orifices multiples qui ont été bien étudiés et décrits par l'école italienne. Hahn, d'une part, Gaudier de l'autre, ont décrit des tumeurs de cette espèce.

Il serait donc temps de mettre un peu d'ordre dans la nomenclature de ces néoplasies. Cette classification aurait bien encore une autre utilité : elle donnerait des indications précieuses sur la voie chirurgicale à suivre pour enlever ces sortes de tumeurs. Il est bien certain, en effet, que l'on ne doit pas attaquer de la même façon les néoplasies primitivement endocraniennes et les simples polypes fibreux naso-pharyngiens.

Au point de vue de la reproduction des polypes en question. Delsaux rappelle qu'elle est si fréquente, qu'ils ont été considérés comme tumeurs de mauvaise nature. Le rapporteur ne croit pas à la réalité de la malignité des fibromes, mais il se demande si les

soi-disant polypes récidivants sont bien des fibromes ou de véritables néoplasies malignes.

La question des polypes naso-pharyngiens fait l'objet d'un rapport au Congrès de Berlin. Il est à espérer que dans cette assemblée on apportera à ce point de pathologie des éclaircissements nouveaux.

Discussion.

MOURE (Bordeaux). — A mon avis, nous devons restreindre la question à l'étude du polype fibreux dit naso-pharyngien.

Cette variété de tumeur est déterminée par les particularités anatomiques de la région. Presque toujours le point d'insertion est nasal, dans le choane sur la cloison ou dans la fosse nasale. A l'origine, la tumeur est unique, mais plus tard elle envoie un ou plusieurs prolongements, soit dans le pharynx, soit latéralement. Ceux-ci contractent des adhérences avec la paroi pharyngienne.

Parfois aussi, c'est vers le sinus sphénoïdal que l'on trouve de gros prolongements. Dans l'ablation de ces sortes de tumeurs, on peut réussir par la voie palatine si l'on a affaire à la première variété. La deuxième catégorie, à prolongements jugaux ou temporo-maxillaires, nécessite un autre procédé ; je donne la préférence à la voie transmaxillo-nasale, qui permet un accès large sur le point d'insertion de la tumeur.

En général, le malade ne saigne pas trop ; la trachéotomie est la plupart du temps inutile.

JACQUES (Nancy). — Il me paraît, comme à M. Delsaux, que la notion de la nature réelle des tumeurs en question doit dominer le débat. J'estime qu'il s'agit de fibromes vrais, parfaitement distincts cliniquement des polypes fibro-muqueux choanaux et des néoplasmes malins. La récurrence, quand elle survient, doit être attribuée à une éradication incomplète, favorisée par la grande tendance de ces tumeurs à envahir les cavités annexes et à s'y étrangler en y prenant des adhérences adventices.

GORIS (Bruxelles). — J'ai opéré cinq malades par les voies naturelles.

Quelquefois cela saigne très fort, et la trachéotomie ou l'appareil de Kuhn sont d'un secours très appréciable.

Tout dépend du point d'implantation et de la largeur du pédicule. Dans ce dernier cas, on laisse souvent des brides qui saignent quelques jours après l'opération. Souvent les polypes naso-pharyngiens émettent des prolongements dans différents sens. Certains d'entre eux se développent dans le cavum. D'autres prennent le

chemin le plus direct et entrent dans la fosse ptérygo-zygomatique. Il faut, dans ces cas, enlever le maxillaire, sinon on fait une opération difficile, très hémorragique et conséquemment incomplète.

BROECKAERT (Gand) confirme l'opinion qu'il a émise jadis et qui est du reste partagée par Moure, Escat, Jacques et d'autres spécialistes, à savoir que la plupart des fibromes naso-pharyngiens s'insèrent au voisinage de l'arc supérieur des choanes. Il cite le cas d'une jeune fille de dix-sept ans, opérée jadis de végétations adénoïdes, et chez qui se développe actuellement une petite tumeur fibreuse, dure, comme l'extrémité du petit doigt et insérée sur l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde.

Il faut, partout où c'est possible, faire l'arrachement de ces fibromes par les voies naturelles. En cas de fibromes envahissants, à prolongements naso-sinusoïdaux, la voie transmaxillo-nasale est celle qui lui paraît la meilleure.

Au point de vue histologique, il s'agit d'un fibrome pur, très vasculaire. La tumeur est donc bénigne et ne récidive pas si l'ablation en est complète, ce qui ne peut s'obtenir qu'en attaquant son point d'implantation. Le fibrome ne peut pas être confondu avec le fibro-myxome. Il n'y a pas non plus de confusion à établir entre le fibrome et certaines tumeurs (kystes, adénomes, carcinomes, épithéliomes) qui peuvent se développer dans le cavum aux dépens des restes du pédoncule hypophysaire primitif.

BROECKAERT (Gand). — Un nouveau procédé d'extirpation du sac lacrymal, avec drainage nasal, sans cicatrice apparente. — En cas de dacryocystite chronique ou de larmolement rebelle, Broeckeaert préconise l'opération suivante, qui assure un drainage permanent des larmes par la voie nasale, et cela sans la moindre cicatrice apparente :

1^{er} temps. — Section du conduit lacrymal.

2^e temps. — Incision de la conjonctive en dedans de sa partie caronculaire.

3^e temps. — Ouverture du sac lacrymal par sa paroi externe.

4^e temps. — Ablation de la paroi postérieure du sac et effondrement de l'os. Au moyen de la curette, on effondre la gouttière unguéale et la paroi interne du canal, de manière à établir une communication large et facile avec l'intérieur du nez.

5^e temps. — Suture de la conjonctive.

TOTI (Florence). — Extirpation du sac lacrymal et dacryo-cysto-rhinostomie.

Discussion.

BUYS (Bruxelles) fait observer que la différence essentielle entre le procédé de Toti et celui de Broeckaert est que celui-ci opère sans toucher à la peau. Toti fait une incision, qui lui paraît nécessaire, pour supprimer une partie de la paroi interne de l'orbite.

Cette ablation a pour but d'éviter la formation ultérieure de masse cicatricielle ou même osseuse qui fermerait la stomie.

STRUYCKEN (Bréda). — Souvent, au bout de quelques mois, l'ouverture communiquant avec le nez se ferme, même lorsqu'elle est recouverte de muqueuse et que le sac lacrymal n'est pas enlevé. Dans beaucoup de cas de rhinite purulente et d'ozène, où il y a en même temps suppuration du sac lacrymal, se déclare une inflammation tenace de la conjonctive, en dépit de l'ouverture large dans le nez des voies lacrymales. Dans ces cas, l'ablation sous-conjonctivale ne me paraît pas sans danger.

MARBAIX (Tournai). — **Papillome du nez, compliqué de sinusite frontale et maxillaire.** — Papillome typique à épithélium pavimenteux (examen du Prof^r Van Duyse, de Gand), remplissant toute la narine droite chez une malade âgée de 67 ans. Envahissement du sinus maxillaire et sinusites fronto-maxillaires concomitantes.

Opération radicale par sinusectomie frontale; enlèvement de la branche montante du maxillaire supérieur et de la paroi antéro-interne de ce sinus. Guérison.

L'origine de la tumeur semble avoir été dans l'ethmoïde.

TRÉTROP (Anvers). — **Pharyngo-laryngite hémorragique septique.** — Il s'agit d'un homme de 34 ans, incapable d'avaler, depuis quarante-huit heures, atteint de gêne respiratoire, avec température de 39°,6 et pouls à 112, déterminée par une inflammation hémorragique du pharynx, du larynx et aussi de la trachée, avec catarrhe bronchique et catarrhe du naso-pharynx.

L'expectoration amicro-purulente, striée de sang renfermait du streptocoque.

Le sujet avait les amygdales enchâtonnées.

Après une semaine de traitement, le malade put se lever, mais il fallut deux mois de soins locaux pour arriver au retour à l'état normal.

DELSAUX (Bruxelles). — **Corps étrangers de la bouche de l'œsophage.** — Un homme d'une cinquantaine d'années fut pris de

dyspnée et de spasmes de l'œsophage, tandis qu'avec un compagnon il dégustait des escargots. Cela se passait vers 4 heures de l'après-midi. Le lendemain matin, cet homme se présenta à la consultation de Delsaux, qui reconnut, en effet, la présence d'un corps grisâtre, irrégulier, surplombant le larynx. Impossibilité de déglutir même un verre d'eau. Voix étouffé. Respiration difficile.

Après cocadrénalisation de la région, Delsaux saisit le corps étranger, sous contrôle du miroir, avec la grosse pince de Luc. L'extraction fut toutefois assez difficile. Dès que l'escargot fut enlevé, cet homme qui était assoiffé et affamé, se mit à boire de l'eau et s'empessa d'aller déjeuner.

Ce qui empêchait la déglutition, c'est que l'appendice de l'escargot, ou plutôt du buccin (car c'en était un), s'était engagé d'abord dans l'œsophage qui s'était contracté sur lui, rendant ainsi impossible le passage du corps du buccin. Présentation du corps étranger.

BECO LÉON (Liège). — Un cas d'excitation maniaque au cours d'une otite moyenne aiguë. — Une femme de 65 ans, de bonne santé habituelle, sans antécédents otopathiques, infectieux, syphilitiques ni névropathiques autres que de violentes migraines périodiques, disparues depuis la ménopause, fait une grippe accompagnée de douleurs préauriculaires et temporo-maxillaires.

Perforation spontanée du tympan au bout d'un mois; dans la suite, il fallut pratiquer deux paracentèses successives pour assurer l'écoulement. A aucun moment, il n'y eut de signe objectif ni subjectif de réaction mastoïdienne.

Quinze jours après les paracentèses, alors que l'écoulement diminuait, que les douleurs avaient disparu ainsi que les bourdonnements, la malade devint agitée, irascible et présenta le tableau très caractéristique de l'*excitation maniaque* qui se prolongea pendant cinq semaines environ et se termina quinze jours au moins après que l'oreille fut guérie.

L'administration du *véronal sodique* a paru avoir une influence heureuse sur l'agitation.

Beco admet qu'il s'est agi d'une action toxi-infectieuse partie de l'oreille moyenne, comme on en a observé un petit nombre de cas. Il fait ressortir ce qu'il y a d'exceptionnel dans l'apparition tardive des accidents psychiques, dans le siège des douleurs éprouvées par la malade, dans l'absence de point sensible à la pression et à la percussion à la région mastoïdienne.

La ponction lombaire ne fut pas pratiquée.

Discussion.

BUYS (Bruxelles) a observé dans un cas d'abcès cérébral gauche des crises de manie aiguë pendant la période de guérison.

L'auteur se demande si la manie ne pouvait pas s'expliquer, dans ce cas, par la difficulté que le malade éprouvait à se faire comprendre.

BECO admet l'idée de Buys d'autant plus volontiers qu'il eut lui-même à soigner un cas d'abcès cérébral chez un homme très intelligent, qui guérit parfaitement et expliqua alors qui lui était imposé de trouver ses mots. De là ses emportements.

HENNEBERT (Bruxelles). — **Paralysie traumatique totale de l'acoustique et du facial; luxation du marteau; persistance anormale du nystagmus spontané et des troubles de l'équilibre.** — L'auteur relate l'observation d'un homme qui, à la suite d'une chute sur la région occipitale, présenta une luxation très curieuse du marteau dont la tête, sortie de l'attique par une petite perforation au niveau de la membrane de Shrapnell, s'était appliquée contre la face externe du mur de la logette, tandis que l'osselet avait subi une rotation sur son axe vertical, reportant en arrière l'apophyse courte. Il existait, de plus, une paralysie faciale droite complète, et une surdité absolue du même côté. Les réactions vestibulaires relevées par l'emploi des méthodes usuelles auraient fait conclure à une destruction totale de l'oreille interne; mais, outre qu'il persistait chez cet homme, six mois encore après l'accident, un nystagmus rotatoire vers le côté opposé, un examen plus minutieux des réactions vestibulaires, principalement au moyen du nystagmographe de Buys, démontra la persistance des fonctions de l'appareil vestibulo-semi-circulaire. Ce cas est remarquable par les difficultés diagnostiques qu'il soulève.

BUYS (Bruxelles). — **Applications cliniques de la nystagmographie.** — La question des applications cliniques de la nystagmographie est trop neuve pour qu'on puisse rien dire de définitif et surtout de complet; cependant quelques faits paraissent acquis, d'autres se dessinent et indiquent la voie à parcourir.

La nystagmographie peut servir à préciser les notions recueillies par les procédés classiques usuels; c'est ainsi qu'elle renseigne la durée exacte et le nombre des secousses nystagmiques post-rotatoires.

Elle fournit des éléments séméiologiques nouveaux en enregistrant, par exemple : le nystagmus de la rotation pendant la rotation même; certains grands déplacements de l'œil qui peuvent accompagner le nystagmus; le nystagmus spontané, dans le regard direct, sous la paupière.

Elle est la seule méthode applicable à l'observation du nystagmus de la rotation chez certains vertigineux. A ces avantages s'en ajoute un autre, évident par lui-même, celui de fournir un document durable d'un phénomène essentiellement passager.

Le nystagmographe mérite une place en clinique. On peut le comparer au *tonomètre* ou au *radiographe*, appareils d'utilité indiscutable, quoique un peu spéciale. La méthode nystagmographique ne doit pas être substituée aux autres méthodes séméiologiques. Son rôle est de les compléter.

HENNEBERT (Bruxelles). — **Un nouveau syndrome dans les labyrinthites hérédosyphilitiques.** — Après avoir rappelé qu'il fût le premier à observer et à décrire les réactions oculaires spéciales qui se produisent dans les cas de labyrinthites hérédosyphilitiques, par l'épreuve pneumatique, Hennebert résume onze observations personnelles auxquelles s'ajoutent un cas de Buys, un cas d'Alexander et, enfin un cas de Barany (syphilis acquise).

De l'ensemble de ces quatorze observations, il résulte que dans les labyrinthites hérédosyphilitiques :

1° L'épreuve pneumatique donne lieu à des mouvements oculaires spéciaux, affectant soit la forme de mouvements lents de réaction, soit la forme nystagmique :

2° Que le sens de ces mouvements est toujours le même pour la même action pneumatique à la compression, mouvement lent vers l'oreille en expérience ou nystagmus en sens inverse; à l'aspiration, phénomènes en sens contraire;

3° Que ces réactions oculomotrices sont toujours associées à une absence de réaction à l'épreuve de la rotation (c'est à cette association que Buys a donné le nom de : syndrome d'Hennebert);

4° Que, jusqu'ici, ce signe n'a été observé que chez des sujets du sexe féminin;

5° Qu'il ne peut être confondu avec le fistel-symptôme, puisque dans la plupart des cas, les symptômes étaient normaux ;

6° Que, dans certains cas spéciaux, le signe pneumatique peut servir à localiser, dans l'oreille interne, des lésions que, sans lui, on pourrait tout aussi bien localiser dans la partie plus profonde des voies acoustiques.

Discussion.

HEYNIX (Bruxelles), demande si l'on ne pourrait pas admettre que chez les hérédosyphilitiques, il puisse y avoir débiscence congénitale de la paroi labyrinthique ;

Buys (Bruxelles), n'insiste pas sur l'importance évidente du syndrome de Hennebert au point de vue clinique. L'étude que Hennebert a faite de la labyrinthite hérédosyphilitique présente un autre intérêt :

Les méthodes modernes d'investigation ont permis de fouiller la symptomatologie ; elles ont mis en évidence combien variables sont les lésions produites dans l'oreille interne, par la syphilis, comment elles dissocient les fonctions dans certains cas et arrivent à réaliser des faits que lui envierait une méthode d'étude expérimentale.

On vient de voir que les appareils cochléaires et vestibulaires sont parfois inégalement touchés et que chacun de ces appareils peut n'être endommagé que partiellement.

Buys rapporte le cas suivant qui constitue une démonstration nouvelle.

Il s'agit d'un sujet féminin, de 24 ans, hérédosyphilitique avérée. L'ouïe est presque perdue et l'interrogatoire du vestibulaire donne les résultats suivants :

Pas de troubles de l'équilibre dans les épreuves de Von Stein, ni pour le courant galvanique à 5 milliampères, le sujet étant assis sur son fauteuil.

L'épreuve thermique à 46°, tête droite, est positive pour les deux oreilles, mais ne donne que du nystagmus horizontal. Pas de réaction ni dans le Romberg, ni dans la marche, après cette épreuve. L'épreuve de rotation, tête droite, donne, après dix tours, dextro-et levogyres, un nystagmus secondaire horizontal de 20". La même épreuve pratiquée la tête en avant, ne donne aucun symptôme rotatoire.

Conclusion. — Voilà un cas de dissociation fonctionnelle des canaux demi-circulaires caractérisé par la destruction de la fonction des seuls canaux verticaux.

Notons en outre que le trouble fonctionnel coïncide avec l'impossibilité d'obtenir la réaction par le courant galvanique.

HEYNIX (Bruxelles). — **Tracés relatifs à l'exploration des fonctions vestibulaires de l'oreille interne.** — L'auteur présente des

tracés se rattachant à une méthode d'ensemble, déjà décrite antérieurement, et destinée à l'analyse des manifestations bulbaires résultant de l'irritation vestibulaire par la rotation. Sur ces tracés s'enregistrent synchroniquement, d'une part, les éléments d'évaluation de l'excitant rotatoire réalisé par un fauteuil tournant, et d'autre part, toutes les manifestations objectives (oculaires ou nystagmiques, circulatoires, respiratoires, de la force et de la tonicité musculaire) et subjectives qui en résultent. Cela permet d'étudier comparativement ces diverses manifestations.

HEYNINX (BRUXELLES). — **Réalisation de tout le champ auditif tonal : 1° par le monocorde de Struyken, allant jusqu'au seuil supérieur de l'audition ; 2° par un diapason unique, allant jusqu'au seuil inférieur de l'audition.** — Le monocorde, par ses vibrations longitudinales, nous donne les deux octaves supérieures du champ auditif; par ses vibrations transversales, l'auteur en obtient les trois octaves moins aiguës suivantes; soit au total cinq octaves, c'est-à-dire des tonalités réalisant depuis 20 000 jusqu'au 512 vibrations doubles par seconde.

Au moyen du *diapason polyvalent* de l'auteur, on peut réaliser les cinq octaves inférieures du champ auditif, soit des tonalités réalisant depuis 512 jusqu'à 12 vibrations doubles par seconde.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

La laringoscopia y la traque bronquioscopia directas en los casos de cuerpos extraños en las vías aéreas, par JOSÉ IRIESTE Y RODA. Thèse de Madrid, Hijos de Tello, édit. 1911.

HEYNIX. Présentation et description d'un fauteuil tournant. Communication à la Société médico-chirurgicale du Brabant, mai 1911.

CHLOROFORME DUMOUTHIER

Préparé spécialement pour l'*Anesthésie* ; sa conservation dans le vide et en tubes jaunes scellés le met à l'abri de toute altération.

Dépôt : PHARMACIE BORNET, Rue de Bourgogne, PARIS



OUATAPLASME

du Docteur ED. LANGLEBERT

ADOPTÉ par les MINISTÈRES de la GUERRE, de la MARINE et les HOPITAUX de PARIS

Pansement complet Aseptique, blanc, sans odeur.

Précieux à employer dans toutes les Inflammations de la Peau :

ECZÉMAS, ABCÈS, FURONCLES, ANTHRAX, PHLÉBITES, etc.

P. SABATIER, 24, Rue Singer, PARIS, et dans toutes les principales Pharmacies.

Le Gérant : PIERRE AUGER.

